UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

"TRATAMIENTO PERIODONTAL, MANEJO DE ENFERMEDADES SISTEMICAS RELACIONADAS CON ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES GERIATRICOS"

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Previa a la obtención del título de:

ODONTÓLOGA

AUTORA: Lourdes Nadine Mendoza Macías

DIRECTOR ACADÉMICO: Dra. Geoconda Luzardo.

Guayaquil-Ecuador
2012-2013

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme alcanzar uno de mis logros más anhelados. Siempre bendiciéndome en los pasos a seguir.

A mi familia, mi mama y mi papa por el constante apoyo para continuar con mis estudios; a través de sus enseñanzas y valores he podido seguir adelante y tomar buenas decisiones, con responsabilidad, cariño, amor y dedicación junto con mis hermanos ofreciéndome lo mejor de ellos para mi vida y así poder llegar a obtener lo que me propongo.

A mis catedráticos por la enseñanza brindada. En especial a la Dra. Geoconda Luzardo por su dedicación, tiempo, paciencia y todo su conocimiento; siempre guiándome y aclarando cualquier duda, siempre dispuesta a corregir mis falencias y dudas.

A mis grandes amigos por su apoyo incondicional y todos los instantes compartidos tanto como los del colegio y a lo largo de mi carrera universitaria.

INDICE GENERAL

CAPITULO I: ANATOMÍA DEL PERIODONTO.. **¡Error! Marcador no definido.**

1.1 PERIODONTO DE PROTECCION ..... **¡Error! Marcador no definido.**

1.1.1 Encía..... **¡Error! Marcador no definido.**

1.2PERIODONTO DE INSERCION ..... **¡Error! Marcador no definido.**

1.2.1 Ligamento periodontal ..... **¡Error! Marcador no definido.**

1.2.2 Cemento radicular ..... **¡Error! Marcador no definido.**

1.2.3 Hueso alveolar..... **¡Error! Marcador no definido.**

CAPITULO II: ENFERMEDAD PERIODONTAL . **¡Error! Marcador no definido.**

2.1 ETIOLOGIA ..... **¡Error! Marcador no definido.**

2.1.1 Placa Dental..... **¡Error! Marcador no definido.**

2.1.2 Calculo dental..... **¡Error! Marcador no definido.**

2.2 PATOGENIA..... **¡Error! Marcador no definido.**

CAPITULO III: CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL**¡Error! Marcador no definido.**

CAPITULO IV: PACIENTES GERIATRICO ..... **¡Error! Marcador no definido.**

3.1 Definición ..... **¡Error! Marcador no definido.**

3.2 CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN LA BOCA CON EL ENVEJECIMIENTO ..... **¡Error! Marcador no definido.**

3.2.1 Cambios en el Tejido de Revestimiento.... **¡Error! Marcador no definido.**

3.2.2 Envejecimiento de la piel ..... **¡Error! Marcador no definido.**

3.2.3 Mucosa Oral ..... **¡Error! Marcador no definido.**

3.2.4 Cambios en la Función Salival..... **¡Error! Marcador no definido.**

3.2.5 Cambios en el Tejido Dentario..... **¡Error! Marcador no definido.**

3.2.6 Cambios en el Tejido Periodontal. ..... **¡Error! Marcador no definido.**

3.2.7 Desórdenes Miofuncionales y Articulares **¡Error! Marcador no definido.**

3.2.8 Cambios oclusales..... **¡Error! Marcador no definido.**

3.2.9 Cambios en el tejido óseo..... **¡Error! Marcador no definido.**

CAPITULO V: ENFERMEDADES Y TRASTORNOS SISTEMICOS SOBRE EL PERIODONTO EN PACIENTES GERIATRICOS, MANEJO ESTOMATOLOGICO. ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.1 Hipertensión arterial ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.2 Enfermedades cardiovasculares ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.2.1 Arterioesclerosis ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.2.2 Cardiopatía isquémica ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.2.3 Infecciones sistémicas ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.2.4 Trombogénesis ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.3 Trastornos endocrinos ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.3.1 Diabetes mellitus ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.4 Artritis ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.5 Osteoporosis ..... **¡Error! Marcador no definido.**

4.6 Alteraciones de la mucosa bucal por problemas nutricionales **¡Error! Marcador no definido.**

4.7 Alteraciones bucales producidas por medicamentos **¡Error! Marcador no definido.**

CAPITULO VI: TRATAMIENTO PERIODONTAL EN EL PACIENTE GERIATRICO. ..... **¡Error! Marcador no definido.**

CAPITULO VII: PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PERIODONTAL. **¡Error! Marcador no definido.**

MÉTODOS Y MATERIALES ..... **¡Error! Marcador no definido.**

RESULTADOS ..... **¡Error! Marcador no definido.**

CONCLUSIONES ..... **¡Error! Marcador no definido.**

RECOMENDACIONES ..... **¡Error! Marcador no definido.**

ANEXOS……89

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS…….. 339

INDICE DE FIGURAS

Fig. No. 1: Esquema que muestra los puntos anatómicos de la encía**¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 2: Surco Gingival ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 3: Encía interdental en forma de col..... **¡Error! Marcador no definido.**

Figura. No. 4: Delimitación entre la encía libre, adherida e interproximal**¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 5: Ligamento periodontal y sus fibras ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 6: Corte histológico, cemento celular y acelular**¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 6: Hueso alveolar y sus partes ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 7: 1.Hueso Alveolar 2.Hueso Esponjoso 3.Hueso Compacto**¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 8: Fenestración ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 9: Dehiscencia ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 10: Vascularización ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 11: Placa dental ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 12: Placa supragingival ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 13: Placa subgingival. ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 14: Proceso de formación de la placa..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 15: Calculo supragingival..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 16: Calculo subgingival..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 17: Primera imagen gingivitis, Segunda imagen periodontitis**¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 18: Proceso de la Enfermedad Periodontal.. **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 19: Envejecimiento de la piel ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Fig. No. 20: Varices bucales..... **¡Error! Marcador no definido.**
Fig. No. 21: Gránulos ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Fig. No. 22: Pigmentaciones por melanina..... **¡Error! Marcador no definido.**
Fig. No. 23: mucosa bucal seca, enrojecida y sensible**¡Error! Marcador no definido.**
Fig. No. 24: Disco articular con perforación ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Fig. No. 25: Atrición dentaria..... **¡Error! Marcador no definido.**
Fig. No. 26: Perdida de hueso alveolar..... **¡Error! Marcador no definido.**
Fig. No. 28: Liquen plano..... **¡Error! Marcador no definido.**
Fig. No. 29: Ulceras bucales..... **¡Error! Marcador no definido.**
Fig. No. 30: Glosodinia ..... **¡Error! Marcador no definido.**

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de nuestras vidas. Envejecer no es lo mismo que enfermarse; en el camino hacia el envejecimiento se van produciendo cambios en los órganos y sistemas. En el envejecimiento aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades, y con ello, la necesidad de trazar metas para mejorar la salud del adulto mayor. Basándonos en esas inquietudes, nos proponemos describir los cambios bucales en los adultos mayores, así como determinar la relación entre sexo y alteraciones sistémicas con la aparición de cambios bucales en el adulto mayor.

La relación entre salud general y salud bucal es muy importante por lo que los efectos potenciales de la enfermedad periodontal sobre una amplia variedad de enfermedades sistémicas son muy significativas. En los últimos años han surgido numerosos informes basados en estudios epidemiológicos en los que las infecciones buco-dentales se asocian con enfermedades sistémicas, las bacterias pueden ingresar al torrente sanguíneo e influir en la salud general y susceptibilidad a ciertas enfermedades. Se reúnen los modelos de interacción y mecanismos propuestos, además de evidencias que sustentan las teorías proclamadas, prestando especial interés a la causalidad entre ambos procesos.

Palabras claves: *Paciente Geriátrico, Enfermedad Periodontal, Enfermedades Sistémicas, Periodontitis, Adulto Mayor.*

INTRODUCCION

La enfermedad periodontal es una infección bacteriana de las encías que destruye las fibras de inserción de la placa dental y el hueso de soporte que mantiene los dientes en la boca. Existen factores considerados predisponentes de la enfermedad periodontal porque pueden aumentar su riesgo de ocurrencia o favorecer su progresión cuando ya está presente, especialmente a través de un cambio en la respuesta del huésped a los microorganismos. Entre ellos cabe mencionar el tabaquismo, diabetes, tratamiento con fármacos inmunosupresores, cambios hormonales y en gran porcentaje en adultos mayores presenta alguna de estas condiciones.

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; es decir a todo individuo mayor de 60 anos se los llamara de forma indistinta persona de la tercera edad o adulto mayor. Éstos pacientes presentan síndromes de importancia para su edad, y que, a diferencia del diagnóstico, tratamiento y cuidados de un paciente joven, éstos deben realizarse con indicadores distintos, ya que tanto la fisiología como las condiciones físicas del paciente anciano son distintas a las de los pacientes jóvenes.

Diversos estudios indican que personas mayores de 60 años de edad en relación con la población total, tendrá una tendencia alta de riesgo a la enfermedad periodontal, y como en todo grupo de población, la prevención y el tratamiento oportuno de problemas en la cavidad bucal son fundamentales, se ha demostrado que a pesar de que con el envejecimiento ocurren cambios en el tejido periodontal, si no se tiene un cuidado adecuado puede producir la perdida dentaria y alteraciones en los tejidos orales.

La relación entre la periodontitis y ciertos padecimientos sistémicos, como infarto y otras enfermedades del corazón, así como la diabetes, que son algunas de las causas

principales de muerte en hombres y mujeres. Se han comenzado estudios adicionales a fin de comprender mejor las causas de esta relación y el posible impacto de esta enfermedad severa de las encías sobre estas condiciones sistémicas.

Existen diversas acciones que las personas pueden emprender desde ahora para mejorar su salud bucal y su salud general. Además de hacer cambios a su estilo de vida como perder el exceso de peso, hacer ejercicio regularmente, alimentarse sanamente y dejar de fumar, para reducir los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de diabetes, también se deben adoptar buenos hábitos de higiene bucal. Estos buenos hábitos de higiene bucal incluyen visitar periódicamente al dentista y cepillarse los dientes tres veces al día para ayudar a prevenir la enfermedad periodontal.

CAPITULO I: ANATOMÍA DEL PERIODONTO

El periodonto llamado también aparato de inserción o sostén del diente, constituye una unidad de desarrollo, biológico y funcional que con la edad sufre algunas modificaciones. El periodonto comprende los siguientes tejidos: la encía, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar.(1)

La función principal del periodonto consiste en unir el diente al tejido óseo de los maxilares y en mantener la integridad en la superficie de la mucosa masticatoria de la cavidad bucal. (1)

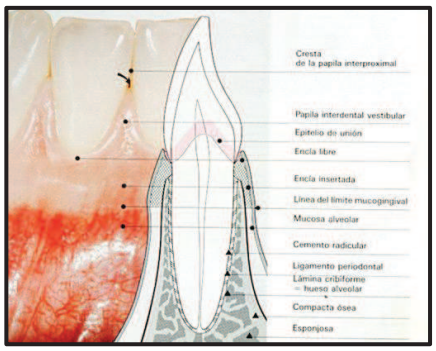

Fig. No. 1: Esquema que muestra los puntos anatómicos de la encía
Fuente: Carranza, Newman, Takei, Klokkevold. CARRANZA PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA. 10ma Edición. 2006

El periodonto constituye una unidad de desarrollo funcional y biológico que sufre algunas modificaciones con el transcurso de la edad. (1)(2)

Al periodonto se lo ha clasificado en dos entidades funcionales distintas como son:

- Periodonto de protección cuya función es proteger los tejidos constituido por la encía.
- El periodonto de inserción compuesto por el ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar, sirve de soporte a las fibras del ligamento periodontal. (1)(2)

La mucosa bucal se compone de tres zonas: la encía y el cubrimiento del paladar duro, denominada mucosa masticatoria; el dorso de la lengua, cubierto por mucosa especializada, y la mucosa bucal que tapiza el resto de la cavidad bucal, como la cara interna del labio, cara interna de las mejillas, piso de la boca, cara inferior de la lengua y el paladar blando, denominada mucosa de revestimiento. (2)

1.1 PERIODONTO DE PROTECCION

1.1.1 Encía

La encía es parte de la mucosa masticatoria que recubre la apófisis alveolar y rodea la porción cervical de los dientes. (1)(2)

La encía se divide en: marginal, adherida e interdental.

- Encía margínalo libre:

También se conoce como no insertada o libre y corresponde al borde de la encía que rodea a los dientes a modo de collar. En casi el 50% de los casos, una depresión de línea superficial, el surco gingival libre, la separa de la encía insertada. Es de color rosado coral, de superficie lisa y brillante, de consistencia blanda o móvil y se continúa con la encía adherida. (1)(2)

Surco gingival

Es el surco poco profundo o espacio circundante del diente que forman la superficie dental. Tiene forma de V y apenas permite la entrada de una sonda periodontal. La determinación clínica de la profundidad del surco gingival es un parámetro muy importante de diagnostico. (2)

En el ser humano la llamada profundidad de sondeo de un surco gingival clínicamente sano es de 0 a 3 mm. (2)

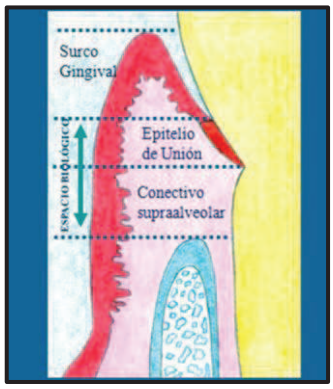

Fig. No. 2: Surco Gingival
Fuente: http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-36/page_01.htm

- Encía insertada o adherida:

Este tipo de encía se continúa con la encía marginal. Es firme y resiliente, esta unida firmemente al periosto, que se extiende en sentido apical hasta la unión mucogingival, desde donde se continúa con la mucosa de revestimiento. (1)(2)

Es de color rosado pálido. El color esta determinado tanto al flujo vascular, como por el grosor y el grado de queratinización del epitelio y por la presencia de melanocitos, dependiendo de la intensidad de la pigmentación racial. Su superficie

tiene aspecto punteado, producto de la inserción de fibras colágenas que la unen al cemento radicular y al hueso alveolar. Su consistencia es firme. (1)(2)

El ancho de la encía insertada de modo vestibular varia en distintas zonas de la boca, en la región de los incisivos es mayor (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y 3.3 a 3.9 en mandíbula) y menor en los segmentos posteriores. El ancho mínimo aparece en el área del primer premolar (1.9 mm en el maxilar y 1.8 mm en la mandíbula). (1)(2)

❖ Encía interdental:

Es el espacio interproximal por debajo del área de contacto. La encía interdental puede ser piramidal o en forma de col. En el primer caso, la punta de una papila se halla inmediatamente por debajo del punto de contacto. La segunda forma presenta una depresión a modo de valle que conecta una papila vestibular y otra lingual, se adapta a la morfología del contacto interproximal. (1)(2)

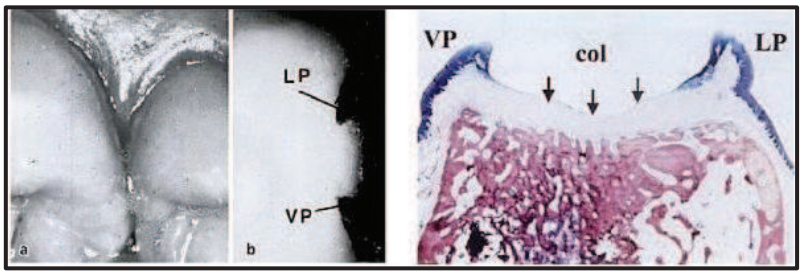

Fig. No. 3: Encía interdental en forma de col
Fuente: Rateitschak, Klaus & Edith,. **ATLAS DE PERIODONCIA**. 2da. Edición. Salvat Editores.

La forma de la encía en un espacio interdental determinado depende del punto de contacto entre los dos dientes contiguos y de la presencia y ausencia de cierto grado de recesión. (2)

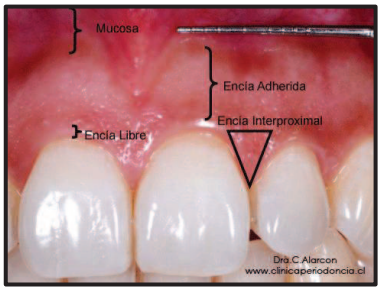

Figura. No. 4: Delimitación entre la encía libre, adherida e interproximal
Fuente: http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-36/page_01.htm

1.2PERIODONTO DE INSERCION

1.2.1 Ligamento periodontal

El ligamento periodontal es el tejido blando altamente vascularizado y celular que rodea a las raíces de los dientes y conecta el cemento radicular con la pared del alveolo. (1)

La importancia del ligamento periodontal es permitir que las fuerzas generadas durante la función masticatoria y otros contactos dentarios sean distribuidas en la apófisis alveolar y absorbidas por esta, además es esencial para la movilidad fisiológica de los dientes. El espesor del ligamento periodontal es de 0,25 mm aproximadamente y va disminuyendo con a edad. El grosor del ligamento periodontal disminuye con la edad. (1)(2)

El ligamento periodontal consta de elementos principales las fibras de tejido conectivo, células, elementos vasculares, nervios y sustancias fundamentales. El componente extracelular esta compuesto por fibras de colágeno embebidas en la sustancia fundamental, casi el 70% de agua, lo cual brinda acción amortiguadora. (1)(2)

La parte celular esta compuesta por fibroblastos, cementoblastos, cementoclastos, osteoblastos, osteoclastos, células pluripotenciales, células epiteliales de Malassez y células mesenquimaticas indiferenciadas. (2)

En cuanto a las fibras, está formada por fibras principales o sistema fibroso extrínseco, que se insertan al hueso y cemento. Al ingresar estas fibras colágenas tanto a hueso como a cemento, adquieren el nombre de fibras de sharpey. (2)

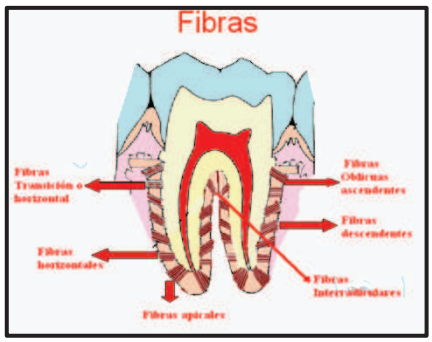

Fig. No. 5: Ligamento periodontal y sus fibras
Fuente: http://www./ligamento-periodontal/ligamento-periodontal2.shtml

Las fibras pueden ser clasificadas conforme a su disposición en seis grupos:

1. Fibras transeptales: se extienden en sentido interproximal sobre la cresta alveolar y se insertan en el cemento de los dientes adyacentes. Reconstruyen la destrucción del hueso alveolar en la enfermedad periodontal.
2. Fibras de la cresta alveolar: conectan el cemento al hueso alveolar. Evitan la extrusión de un diente y se opone a los movimientos laterales.
3. Fibras horizontales: se extiende perpendicular desde el cemento hasta el hueso alveolar. Resisten fuerzas rotacionales.
4. Fibras oblicuas: son las más voluminosas, se extienden desde el cemento, en dirección coronal y oblicua, hacia el hueso. Principal forma de fijación y soportan fuerzas verticales de masticación.

5. Fibras apicales: se divergen de manera irregular desde el cemento hacia el hueso en el fondo del alveolo. Resisten fuerzas de extrusión.
6. Fibras interradiculares: presentes en dientes multiradiculares, se extienden desde el cemento de una raíz hacia el cemento de la siguiente raíz en las zonas de las furcaciones.

Funciones del ligamento periodontal son: función física, función de formación y remodelación y función sensitiva y nutricional. (1)(2)

Función física:

Se basa en la repartición y transmisión de fuerzas oclusales al hueso alveolar. Consiste en resistir el impacto de las fuerzas oclusivas como amortiguación, por medio de las fibras de colágeno, sin embargo cuando estas fibras se debilitan o se rompen en presencia de bruxismo o trauma oclusal debido al esfuerzo al que son sometidas, hay que tener presente que tardara la regeneración de las fibras con los medios terapéuticos apropiados. (1)(2)

Función de formación y remodelación:

Intervienen en la formación y resorción del cemento y hueso, que ocurren en el movimiento dental fisiológico y adaptación del periodoncio ante la reparación de las lesiones. (1)(2)

Función nutritiva y sensorial:

Aporta nutrientes al cemento, hueso y encía por medio de los vasos sanguíneos y además provee drenaje linfático. Como el ligamento periodontal se encuentra muy inervado por fibras nerviosas sensitivas con capacidad de transmitir sensaciones táctiles, de presión y dolor por las vías trigeminales. (1)(2)

1.2.2 Cemento radicular

El cemento radicular es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la cubierta exterior de la raíz anatómica. El cemento no contiene vasos sanguíneos ni linfáticos, carece de inervación, el contenido mineral principalmente de hidroxiapatita es del 40 a 50%.

Hay dos fuentes de fibras de colágena en el cemento: las fibras de sharpey (extrínsecas) formada por los fibroblastos y las fibras que pertenecen a la matriz de cemento (intrínsecas) producidas por los cementoblastos. (1)(2)

El cemento puede ser clasificado de acuerdo a la presencia y ausencia de células, la fuente de su matriz orgánica, o por ambas propiedades. (1)(2)

- Cemento acelular con fibras extrínsecas: se encuentra en las porciones coronal y media de la raíz, contiene principalmente haces de fibras de sharpey. Conecta el diente con el hueso alveolar fasciculado.
- Cemento celular mixto estratificado: se sitúa en el tercio en el tercio apical de las raíces y en las furcaciones. Contiene fibras intrínseca, extrínsecas y cementocitos.
- Cemento celular con fibras intrínsecas: se encuentra sobre todo en lagunas de resorción y contiene fibras intrínsecas y cementocitos. (1)(2)

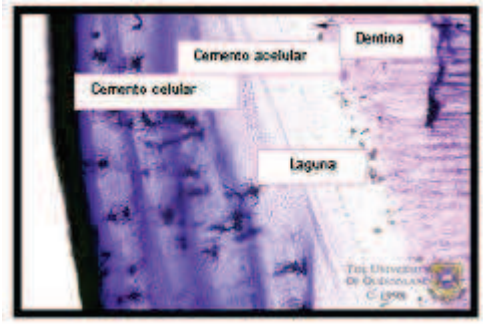

Fig. No. 6: Corte histológico, cemento celular y acelular
Fuente: Rateitschak, Klaus & Edith,. **ATLAS DE PERIODONCIA**. 2da. Edición. Salvat Editores. España

1.2.3 Hueso alveolar

Proceso alveolar es la porción del maxilar y la mandíbula que forma y sostiene a los alveolos dentarios. Se forma cuando el diente erupciona a fin de proveer la inserción ósea para el ligamento periodontal y desaparece una vez que se pierde el diente. (3)

La composición del hueso alveolar es de 65% de material inorgánico, conformada por hidroxiapatita. Su porción orgánica está constituida por una matriz formada en un 90% por colágena tipo 1 y pequeñas cantidades de osteocalcina, osteonectina, proteína morfogenética ósea, fosfoproteínas y proteoglucanos. (1)(3)

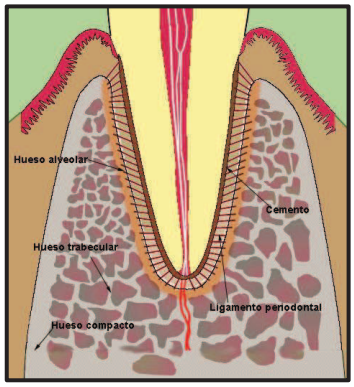

Fig. No. 6: Hueso alveolar y sus partes
Fuente:http://www.iqb.es/odonto/atlas/glosario/hueso.htm

Se clasifica en tres estructuras el proceso alveolar:

1. Una tabla externa de hueso cortical formado por hueso haversiano y laminillas óseas compactadas.

2. La pared interna del alveolo, constituida por hueso compacto delgado llamado hueso alveolar.

3. Hueso esponjoso que contiene trabéculas óseas cuya arquitectura y dimensiones están determinadas en parte genéticamente y en parte como

resultado de las fuerzas a las cuales están expuestos los dientes durante su función. (3)

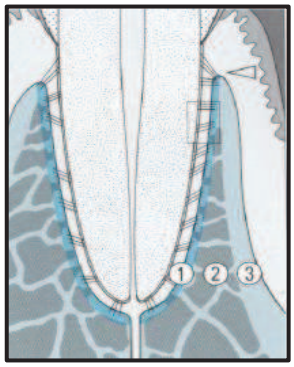

Fig. No. 7: 1.Hueso Alveolar 2.Hueso Esponjoso 3.Hueso Compacto
Fuente: Rateitschak, Klaus & Edith,. **ATLAS DE PERIODONCIA**. 2da. Edición. Salvat Editores. España

Fenestraciones y Dehiscencias

Las áreas aisladas en las que la raíz ha sido denudada de hueso y las superficies radiculares cubiertas solo por el periostio y encía, se denomina fenestración (hueso intacto). (4)

Fig. No. 8: Fenestración
Fuente: Rateitschak, Klaus & Edith,. **ATLAS DE PERIODONCIA**. 2da. Edición. Salvat Editores. España

Cuando las áreas denudadas se extienden hasta el hueso marginal, el defecto se denomina *dehiscencia.* (4)

Fig. No. 9: Dehiscencia
Fuente: Rateitschak, Klaus & Edith,. **ATLAS DE PERIODONCIA**. 2da. Edición. Salvat Editores. España

Vascularización, linfáticos y nervios.

El aporte vascular del hueso ingresa al tabique interdental a través de los conductos nutrientes juntos con venas, nervios y vasos linfáticos que establecen la unión entre el ligamento periodontal y la porción esponjosa del hueso alveolar. (1)

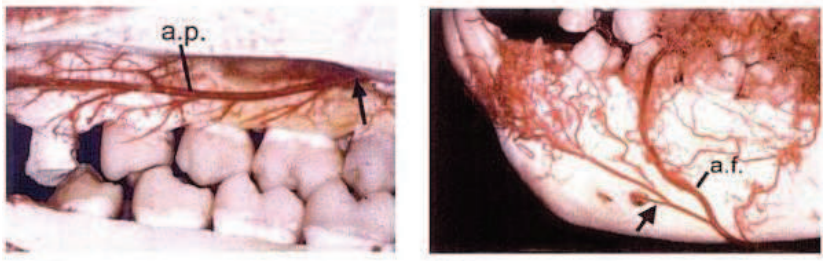

Fig. No. 10: Vascularización
Fuente: Rateitschak, Klaus & Edith,. **ATLAS DE PERIODONCIA**. 2da. Edición. Salvat Editores.

CAPITULO II: ENFERMEDAD PERIODONTAL

La periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos o grupo de microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y hueso alveolar con formación de bolsa. (5)

2.1 ETIOLOGIA

El principal factor de riesgo por el cual se produce la enfermedad periodontal, es la deficiencia de higiene dental, lo que produce la placa bacteriana en el surco gingival. (2)(5)

Hay factores que predisponen al paciente a contraer enfermedad periodontal o factores que influyen en su progresión son:

- Factores de Riesgo: Tabaquismo, diabetes, Bacterias Patógenas
- Factores Determinantes: genéticos, edad, género, clase social, estrés
- Indicadores: Virus de la Inmunodeficiencia Humana/SIDA, osteoporosis

- Marcadores: Antecedentes de la Enfermedad Periodontal, Sangrado al sondeo (5)

2.1.1 Placa Dental

Son depósitos blandos que forman la biopelícula adherida a la superficie dentaria u otras superficies de la boca. Su color es blanco grisáceo o amarillo y tiene aspecto globular. (1)(6)

Los depósitos de placa se forman de manera preferente en hendiduras, fosas y fisuras de la estructura dentaria, como también en restauraciones desbordantes y dientes en mala posición. (1)(6)

Fig. No. 11: Placa dental
Fuente: Rateitschak, Klaus & Edith,. **ATLAS DE PERIODONCIA**. 2da. Edición. Salvat Editores.

La placa está constituida principalmente por bacterias en una matriz de glucoproteínas salivales y polisacáridos extracelulares. Dicha matriz hace que sea imposible retirar la placa por medio de los enjuagues. (6)

La placa se clasifica en términos generales, como supragingival o subgingival.

- La placa supragingival: se localiza en el margen gingival o por encima de este; si esta por encima del margen gingival se lo denomina placa gingival. (6)

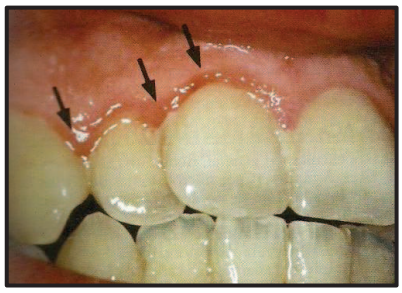

Fig. No. 12: Placa supragingival
Fuente: Rateitschak, Klaus & Edith,. **ATLAS DE PERIODONCIA**. 2da. Edición. Salvat Editores.

- La placa subgingival: se encuentra por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival. (6)(7)

Fig. No. 13: Placa subgingival.
Fuente: http://eduardocruztellez.blogspot.com/2009/10/subgingival-supragingival-1-placa.html

El proceso de formación de la placa se divide en tres fases principales:

1. Formación de la película sobre la superficie dental
2. Adhesión bacteriana de microorganismos aislados
3. Colonización y maduración de la placa (7)

Formación de la película

Todas las superficies de la cavidad oral se encuentran cubiertas por una película, después de la limpieza de una superficie solida en la boca, macromoléculas hidrófobas comienza a formar una delgada capa llamada *película adquirida*, que cubre la superficie dental. (7)

Esta película está compuesta por varios componentes incluidos: glucoproteínas, salivales, anticuerpos, sustancias poliméricas extracelulares y fimbrias que les permite la adhesión rápida para las bacterias. (7)

Adhesión bacteriana de microorganismos aislados

Se transportan y se adhieren las bacterias a la superficie dental, iniciada por la interacción entre ambas, desde cierta distancia, mediante fuerzas de rango amplio y corto, incluidas las fuerzas de atracción de Van Der Waals y las de repulsión electrostática. Luego de la adhesión, se establece un anclaje firme entre la bacteria y la superficie por medio de interacciones específicas. (7)

Colonización y maduración de la Placa

Crecen microorganismos fijos de forma firme y las agrupaciones bacterianas recién formadas permanecen fijas, se desarrollan microcolonias o una biopelícula. A partir de esta etapa, participan nuevos mecanismos debido a que pueden darse conexiones intrabacterianas en ese momento. (7)

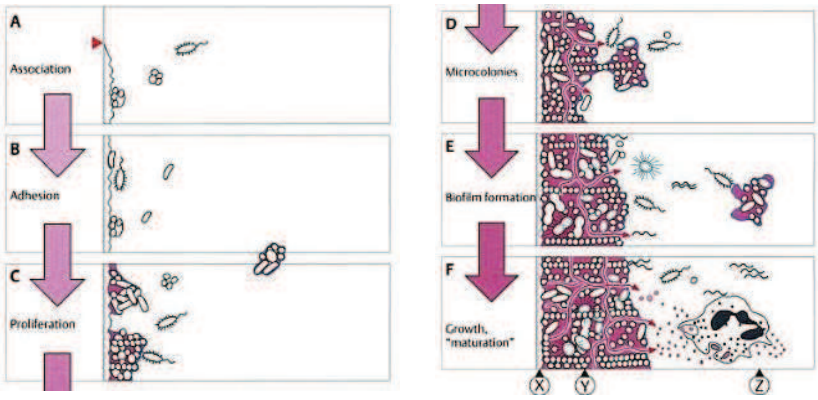

Fig. No. 14: Proceso de formación de la placa
Fuente:http://books.google.com.ec/books?id=o3MnzZjz9ggC&printsec

2.1.2 Calculo dental

El cálculo consiste en la placa bacteriana mineralizada que se forma sobre las superficies de los dientes naturales y las prótesis dentales. El cálculo se clasifica como supragingival y subgingival según su relación con el margen gingival. (7)

Calculo Supragingival. Es de color blanco o amarillo blanquecino, posee consistencia dura y arcillosa, se desprende sin dificultad de la superficie dentaria. Se encuentra coronal al margen de la encía y por tanto puede verse en la cavidad bucal, se localiza con mayor frecuencia caras vestibulares de molares superiores y caras linguales en dientes inferiores anteriores. (7)

Fig. No. 15: Calculo supragingival
Fuente: http://eduardocruztellez.blogspot.com/2009/10/subgingival-supragingival-1-placa.html

Cálculo Subgingival.- se encuentra por debajo de la cresta de encía marginal. Suele ser duro y denso, de color pardo oscuro o negro verdoso unido con firmeza a la superficie. No es visible en un examen clínico, su localización y extensión se valora mediante una sonda periodontal. Los depósitos de calculo subgingival suelen extenderse casi hasta la base de la bolsa periodontal, pero no llegan al epitelio de unión.

La inflamación gingival y la profundidad de la bolsa disminuyen, y la inserción clínica aumenta tras eliminar la placa y el cálculo. (7)

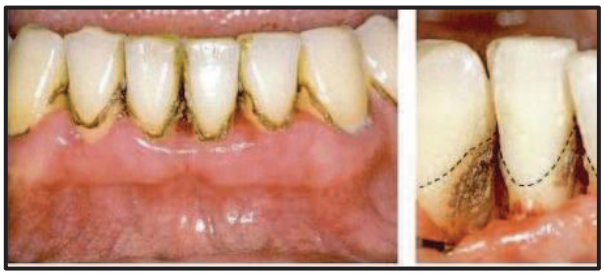

Fig. No. 16: Calculo subgingival
Fuente: http://eduardocruztellez.blogspot.com/2009/10/subgingival-supragingival-1-placa.html

2.2 PATOGENIA

El termino *¨Enfermedad Periodontal¨* se refiere a todas las enfermedades que pueden afectar al periodonto de protección y al de inserción. En la mayor parte de las personas, aproximadamente a los 10 días de acumulación de placa, se establecen los signos clínicos de la gingivitis, dependiendo del tipo de individuo y de su sistema inmunológico. (8)

Como ya se menciono las bacterias son el factor etiológico de la enfermedad periodontal provocando cambios inflamatorios en los tejidos periodontales resultando así la destrucción del tejido gingival y del hueso.(8)

Gingivitis: Es una lesión inflamatoria que compromete al periodonto de protección. La inflamación se localiza coronal a las fibras transeptales.

Periodontitis. Es una lesión inflamatoria y destructiva que compromete al periodonto de inserción. El infiltrado inflamatorio se localiza apical a las fibras transeptales, reabsorción ósea y bolsa periodontal. (8)

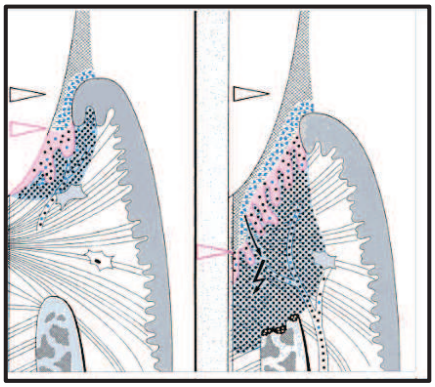

Fig. No. 17: Primera imagen gingivitis, Segunda imagen periodontitis
Fuente: Rateitschak, Klaus & Edith,. **ATLAS DE PERIODONCIA**. 2da. Edición. Salvat Editores

Características clínicas

1. Pared gingival de la bolsa periodontal presenta varios grados de tonalidad rojo azulada, flacidez, superficie lisa y brillante y hundimiento a la presión.
2. Presencia de movilidad dentaria y formación de diastemas.
3. Hay hemorragia al sondeo de la pared blanda de la bolsa o supuración, o ambas.
4. Cuando se explora con una sonda, la parte interna de la bolsa periodontal casi siempre es dolorosa. (7)(8)

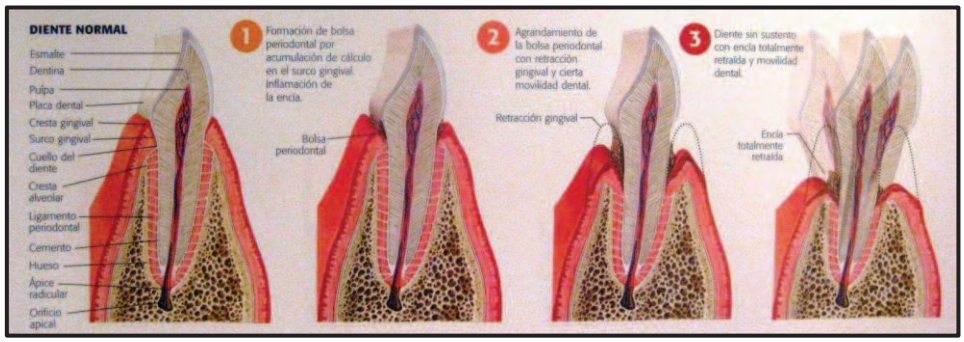

Fig. No. 18: Proceso de la Enfermedad Periodontal
Fuente: Rateitschak, Klaus & Edith,. **ATLAS DE PERIODONCIA**. 2da. Edición. Salvat Editores

La característica clínica que distingue la periodontitis de la gingivitis es la presencia de pérdida ósea detectable. Esto se acompaña de bolsas y modificaciones en la densidad y altura del hueso alveolar subyacente. (7)(8)

CAPITULO III: CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La clasificación de las distintas patologías bucales permiten crear una estructura para poder identificar y establecer un diagnóstico, pronóstico y estudiar la planeación del tratamiento. La enfermedad periodontal ha tenido diferentes clasificaciones a lo largo de los años, ya que se han hecho muchas modificaciones, el conocimiento de las causas y la patogénesis de las enfermedades bucales cambian de acuerdo al conocimiento científico sobre todo en los últimos anos. La clasificación que se presenta, está basada en los estudios más recientes, siendo aceptadas y consensuadas internacionalmente de las lesiones y enfermedades que afectan a los tejidos del periodonto y que han sido presentadas y analizadas por el *International Workshop for the Classification of the Periodontal Diseases* de 1999, y organizado por la *American Academy of Periodontology*. (1)(10)

I. Enfermedades Gingivales

A. Enfermedades gingivales inducidas por placa dental

1. Gingivitis relacionada sólo con la placa dental

a. Sin factores locales contribuyentes

b. Con factores locales contribuyentes

2. Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos

a. Relacionados con el sistema endocrino

1. Gingivitis relacionada con la pubertad

2. Gingivitis relacionada con el ciclo menstrual

3. Relacionada con el embarazo

a. Gingivitis

b. Granuloma piógeno

4. Gingivitis relacionada con la diabetes mellitus

b. Relacionados con discrasias sanguíneas

1. Gingivitis relacionada con leucemia

2. Otras

3. Enfermedades gingivales modificadas por medicamentos

a. Enfermedades gingivales influidas por fármacos

1. Agrandamiento gingivales

2. Gingivitis

a. Gingivitis por anticonceptivos orales (10)

b. Otras

4. Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición

a. Gingivitis por deficiencia de ácido

b. Otro

B. Lesiones gingivales no inducida por placa

1. Enfermedades gingivales de origen bacteriano específico

a. Neisseria gonorrhoeae

b. *Treponema pallidum*

c. Especies de *Streptococcus*

d. Otras

2. Enfermedades gingivales de origen viral

a. Infecciones por herpesvirus

1. Gingivoestomatitis herpética primaria

2. Herpes bucal recurrente

3. Varicela *zóster*

b. Otras

3. Enfermedades gingivales de origen micótico

a. Infecciones por especies de *Cándida:* Candidiasis gingival generalizada

b. Eritema gingival lineal

c. Histoplasmosis

d. Otras

4. Lesiones gingivales de origen genético

a. Fibromatosis gingival hereditaria

b. Otras

5. Manifestaciones gingivales de enfermedades sistémicas

a. Lesiones mucocutáneas

1. Liquen plano

2. Penfigoide

3. Pénfigo vulgar

4. Eritema multiforme

5. Lupus eritematoso

6. Inducida por fármacos

7. Otras

b. Reacciones alérgicas

1. Materiales de restauración dental

a. Mercurio

b. Níquel

c. Acrílico

d. Otros

2. Reacciones que se atribuyen a:

a. Pasta dentales o dentífricos

b. Enjuagues bucales o colutorios

c. Componentes de goma de mascar

d. Alimentos y aditivos

3. Otros

6. Las lesiones traumáticas (artificiales, iatrogénicas o accidentales)

a. Lesiones químicas

b. Lesiones físicas

c. Lesiones térmicas

7. Reacciones a cuerpos extraños

8. No especificadas de otro modo

II. Enfermedades Periodontales

1. Periodontitis Crónica

A. Localizada

B. Generalizada

2. Periodontitis Agresiva

A. Localizada

B. Generalizada

3. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

A. Asociada con trastornos hematológicos

a. Neutropenia adquirida

b. Leucemias

c. Otro

B. Asociado con trastornos genéticos

a. Neutropenia cíclica y familiar

b. Síndrome de Down

c. Síndromes de deficiencia en la adhesión d eleucocitos

d. Síndrome de Papillon-Lefèvre

e. Síndrome de Chediak-Higashi

f. Síndromes de histiocitosis

g. Enfermedad por almacenamiento de glucógeno

h. Agranulocitosis genética infantil

i. Síndrome de Cohen

j. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipos IV y VIII)

k. Hipofosfatasia

l. Otros

C. No especificados de otro modo

4. Enfermedades periodontales necrosantes

A. Gingivitis ulcerativa necrosante

B. Periodontitis ulcerativa necrosante

5. Abscesos del periodonto

A. Absceso gingival

B. Absceso periodontal

C. Absceso pericoronal

6. Periodontitis asociada con lesiones endodónticas

A. Lesiones endodónticas – periodontales

B. Lesiones periodontales – endodónticas

C. Lesiones combinadas

7. Malformaciones y Lesiones congénitas o Adquiridas

A. Factores localizados y relacionados con los dientes que modifican o predisponen a enfermedades gingivales inducidas por placa o periodontitis

a. Factores anatómicos del diente

b. Restauraciones dentarias o aparatos

c. Fracturas radiculares

d. Resorción radicular cervical y desgarres del cemento

B. Deformidades mucogingivales y lesiones alrededor de los dientes

a. Recesión gingival o de los tejidos blandos

1. Superficies vestibulares o linguales

2. Interproximal (papilar)

b. Falta de encía queratinizada

c. Disminución de la profundidad vestibular

d. Posición anormal de músculos o frenillo

e. Exceso de encía:

1. Seudobolsa

2. Margen gingival irregular

3. Excesiva cantidad de encía insertada visible

4. Agrandamiento gingival

5. Color anormal

C. Deformidades mucogingivales y lesiones en rebordes desdentados

a. Deficiencia horizontal, vertical, o ambas, del borde

b. Falta de encía o tejido queratinizado

c. Agrandamientos gingivales o de tejidos blandos

d. Posición anormal de músculos o frenillos

e. Disminución de la profundidad vestibular

f. Color anormal

D. Trauma oclusal

a. Trauma oclusal primario

b. Trauma oclusal secundario

CAPITULO IV: PACIENTES GERIATRICO

3.1 Definición

Según la Organización mundial de la salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; es decir a todo individuo mayor de 60 años se los llamara de forma indistinta, persona de la tercera edad o pacientes geriátricos. La geriatría es aquella rama de la medicina que se interesa por dar respuestas científicas a las necesidades médicas de las personas de edad. (11)

La odontogeriatría conocida como envejecimiento orofacial, una especialidad odontológica, tiene como objetivo primordial la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de la salud bucodental de los ancianos, considerando los cambios biológicos, sistémicos y bucales inherentes al envejecimiento, además de abordarlos aspectos etiológicos y fisiopatológicos de las alteraciones y complicaciones bucodentales vinculadas con las enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la vez.(11)

El envejecimiento es un proceso inevitable que sucede en todas las formas de vida y que debe ser considerado como un fenómeno normal y no como una enfermedad, sin embargo, es difícil delimitar donde terminan los procesos normales

que se presentan con el envejecimiento y donde comienzan los cambios patológicos, debido a que sobre los cambios biológicos básicos que ocurren con la edad se suma el aumento de la vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.(11)

El proceso de envejecimiento puede considerarse desde diversos puntos de vista:

- ✓ **Cronológico:** cuenta el tiempo transcurrido desde el nacimiento; es, quizás la manera más simple de considerar la vejez. La edad cronológica y el proceso de envejecimiento son fenómenos paralelos pero no relacionados causalmente.
- ✓ **Biológico:** La edad biológica corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico, es decir, de órganos y funciones.
- ✓ **Psíquico:** Este aspecto se manifiesta en dos esferas: la cognocitiva, afectando la manera de pensar y las capacidades, y la psicoafectiva, incidiendo en la personalidad y el afecto.
- ✓ **Social:** Comprende los papeles que se supone han de desempeñar en la sociedad. Es cierto que ciertas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica
- ✓ **Fenomenológico:** La percepción subjetiva de la propia edad, es aquella que el individuo manifiesta honestamente sentir, se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial
- ✓ **Funcional:** El estado funcional en las distintas edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales, y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento. (11)

La odontología no escapa de esta realidad, hoy en día, hay una tendencia a la disminución del número de pacientes edéntulos, lo que significa que aumentan las demandas de atención odontológica en este segmento de la población. (11)

3.2 CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN LA BOCA CON EL ENVEJECIMIENTO

Si bien en las estructuras orales se dan cambios propios de envejecimiento, la edentación (pérdida parcial de piezas dentales) y adoncia (pérdida total) no son propios de la edad, sino un indicativo del mal estado de salud oral del paciente. (12)

3.2.1 Cambios en el Tejido de Revestimiento.

La piel disminuye su grosor especialmente en superficies planas, se deshidrata, disminuye su vascularización y cantidad de tejido adiposo; esto producirá en una baja en la elasticidad y resistencia. La mucosa oral se adelgaza debido a la pérdida de la elasticidad submucosa y a la disminución de la cantidad de tejido graso. (12)

Clínicamente tendrá un tejido de fácil laceración. A nivel glandular, se observa cambios fibróticos y atróficos en los acinos glandulares de glándulas mayores y menores. También se observa una atrofia gradual de las glándulas sudoríparas y sebáceas; como consecuencia, la piel se observa arrugada y laxa con cambios de coloración, lo que se observa en los labios (arrugas radiales) y en la acentuación del surco nasogeniano. (12)

3.2.2 Envejecimiento de la piel

Esta muy influenciada por los efectos del sol y la nicotina, por sus efectos vasoconstrictores, por los déficits hormonales. A nivel de la cara, la perdida de agua en el tejido tegumentario, parece deberse a una disminución de mucopolisacaridos (como el acido hialuronico) que tienen la propiedad de fijar este liquido. (13)

La dermis es la estructura de la piel que más cambios presenta, en especial a componentes fibrosos: la colágena, la elastina y la reticulina. La fibrillas de colagena

aumentan de diámetro y se vuelven más frágiles a medida que envejecen. Las fibras elásticas varían en proporción inversa al espesor de la dermis; la retícula sufre cambios parecidos a la colagena. (13)

La piel del anciano es menos vascularizada, por lo que la cicatrización es más lenta, en especial si se piensa hacer una cirugía. Las glándulas sebáceas se inactivan, las glándulas sudoríparas presentan fenómenos involutivos, en especial en la porción secretora, que se torna fibrosa; esto explica la piel seca, poco elástica, poro turgente, flácida y arrugada, todo cual se hace más susceptibles a traumatismos, provoca prurito y favorece las infecciones cutáneas. (13)

Todos los cambios de la piel del anciano obedecen a modificaciones en la epidermis, dermis, el contenido de agua y adiposidad subcutánea, lo externamente produce arrugas y pigmentación senil, también conocida como pecas. (13)

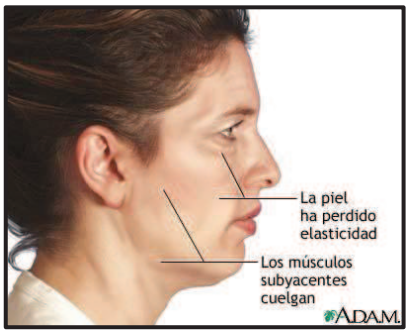

Fig. No. 19: Envejecimiento de la piel
Fuente: Envejecimiento+de+la+piel&oq=Envejecimiento+de+la+piel.com

3.2.3 Mucosa Oral

Un problema que involucra a la síntesis de proteínas es la disminución de grosor de la mucosa bucal, que sufre cambios muy parecidos a los de la piel, por una disminución de microvasculatura. La disposición celular cambia, lo que debilita la

mucosa y esto representa un factor de riesgo para infecciones, desgarros, lesiones precancerosas y cancerosas de cavidad oral. (13)

Como el envejecimiento se acompaña por escasez de epitelio oral y cambios en el grado de queratinización, el uso de prótesis dentales es causa frecuente de lesiones a nivel de la mucosa oral. (13)

Varices bucales

Las varices bucales son alteraciones venosas cuya naturaleza se desconoce, son turgentes y tortuosas. Son frecuentes en los mayores de 60 anos y muy raras en personas jóvenes. Comúnmente, aparecen en el vientre lingual, hacia los lados, aunque suelen encontrarse posterior a un traumatismo y se pueden presentar lagos venosos en la mucosa labial y de carrillos. (14)

Fig. No. 20: Varices bucales
Fuente: http://www.google.com.ec/imgres?q=Varices+bucales

Gránulos o condición de Fordyce

Son glándulas sebáceas funcionales ectópicas que se ubican con mayor frecuencia en las comisuras, zona retrocomisural y mucosa de los carrillos, en ocasiones llegan a presentarse en la zona retromolar. La mayor parte de las veces se

presentan en la edad adulta sin producir ningún tipo de molestia, por lo que no requieren de molestia, se van aumentando con la edad. (14)

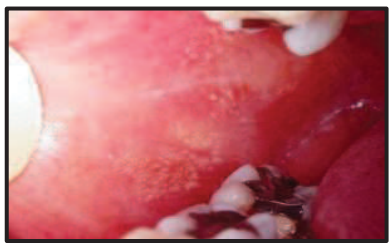

Fig. No. 21: Gránulos
Fuente: http://www.google.com.ec/imgres?q=Gr%C3%A1nulos

Pigmentaciones por melanina

Al igual que en la piel, y solo por el avance de la edad, aparecen pigmentaciones melanicas difusas por razones de tipo genético, especialmente en personas de piel oscura. Aunque aparecen en cualquier zona de la mucosa bucal es mas frecuente encontrarla en carrillos, mucosa labial, encías, el dorso y vientre de la lengua.

Es importante diferenciar la melanosis, siendo semejantes son producidas por diferentes factores como trauma crónico (melanosis friccional), tabaquismo (melanosis de fumador), melanosis por procesos inflamatorios crónicos (liquen plano erosivo) y las provocadas por medicamentos. (14)

Fig. No. 22: Pigmentaciones por melanina
Fuente: http://odontoblog.files.wordpress.com/2008/09/imagen1w.jpg

3.2.4 Cambios en la Función Salival.

Normalmente, la función salival no se reduce hasta después de más o menos los 60 años, si bien las mujeres pueden tener reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia. Los cambios que se producen se pueden deber a atrofia de los acinos glandulares o a la acción de medicamentos o radiación en la zona de cabeza y cuello. (14)

Se ha reportado que enfermedades crónicas y reacciones atróficas de la mucosa palatina están asociadas con reducción del flujo salival palatino. El continuo stress, las depresiones, abuso de nicotina y alcohol, y el síndrome de deficiencia de estrógeno pueden ser razones para una hiposalivación de las glándulas del paladar.(14)

En estudios clínicos se demostró una clara relación entre el consumo de agua, el ejercicio físico y la secreción de las glándulas salivales. El volumen de líquido bebido y la circulación sanguínea son inadecuados en el adulto mayor quienes también se quejan de disestesia oral o de boca seca (xerostomía). Por ésa razón se debe enfatizar la importancia de intensificar el ejercicio físico para estabilizar la circulación sanguínea del adulto mayor y es recomendable utilizar sustitutos artificiales de saliva. (14)

Fig. No. 23: mucosa bucal seca, enrojecida y sensible
Fuente: http://odontoblog.files.wordpress.com/2008/09/imagen1w.jpg

Tratamiento de la xerostomía.

Los pacientes con disfunción salival se dividen en dos categorías: los que responden y los que no responden a agentes estimulantes o diferentes medicamentos.(14)

Estimulación de las glándulas salivales.

La estimulación de las glándulas salivales es óptima para el paciente que tiene alguna función remanente de las glándulas salivales. Las sustancias que promueven la secreción salival se denominan sialogogos, ejemplo de ellos son los agentes que estimulan el gusto como los dulces. (14)

Los pacientes que aún tienen alguna función glandular pueden ser identificados realizando una sialometría salival, si producen flujo salival, los tejidos glandulares residuales pueden ser ayudados con estimulación. Esta puede realizarse a través de la activación de las glándulas salivales por la masticación, el uso de medicamentos o estimulación eléctrica. (14)

Estimulación de la función masticatoria.

La masticación es un estímulo efectivo para aumentar el flujo salival, en este caso se le indica al paciente el consumo de alimentos que requieran una masticación vigorosa (zanahoria, célery, etc), el mantener objetos en la boca (huesos de aceituna) o el uso de materiales que requieran ser masticados constantemente (parafina o gomas de mascar). (14)

Las gomas de mascar que contengan sorbitol o xylitol pueden proporcionar beneficios inmediatos aumentando el flujo salival, este incremento en la producción de saliva aumenta la capacidad amortiguadora de la saliva, ayuda en la eliminación de restos alimenticios y favorece la función remineralizadora de la saliva. (14)

Estimulación por medicamentos.

Como sustancias extrínsecas estimuladoras de la secreción salival, han sido explorados medicamentos como la pilocarpina, el anetolditioltione y la bromhexina. Estos fármacos deben administrarse bajo el cuidado del especialista y seguido de un examen médico. (14)

La pilocarpina es un alcaloide natural, estimulador de las glándulas exocrinas. El flujo salival aumenta a los 15 minutos de administrada la droga y mantiene su efectividad por un período de 1 a 2 horas. Es metabolizada rápidamente y eliminada principalmente por la orina. Entre los efectos secundarios encontramos sudoración, nauseas, vómitos, calambres abdominales, diarrea; poliuria, dolor de cabeza, síncope, temblores, alteraciones cardiovasculares, como hipotensión, bradicardia, arritmia. (14)

Por lo tanto está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a la droga, asma bronquial, problemas cardíacos, obstrucción del tracto urinario, úlcera pética, espasmos gastrointestinales, hipertiroidismo y enfermedad de Parkinson. Si se va a prescribir el uso de pilocarpina se recomienda su administración antes o durante la etapa de radiación para reducir la severidad de la xerostomía. (14)

***Estimulación eléctrica*.**

Existe el Sistema Salivador Biosonics. Es un dispositivo eléctrico que estimula el sistema nervioso aferente de la boca y la faringe induciendo a un aumento en la secreción salival. (14)

Uso de saliva artificial y saliva autógena.

Para los pacientes que no responden a la estimulación de las glándulas salivales y no tienen flujo salival, los sustitutos salivales son un instrumento terapeútico de mucha utilidad, que buscan restaurar la función salival. (14)

Los sustitutos salivales sobre los cuales hace mayor referencia la literatura son: los que contienen mucina extraída de glándula submandibular de bovino. Las soluciones artificiales que contienen mucina son las más aceptadas por parte de los pacientes, debido a que su viscosidad se asemeja mas a la saliva natural, no poseen sabor y debido a su capacidad lubricante proporcionan alivio a los tejidos blandos irritados. (14)

Las soluciones con carboximetilcelulosa presentan alta viscosidad lo que puede disminuir su capacidad de lubricación a los tejidos. Las soluciones preparadas con sales como el potasio, cloro, sodio, magnesio, calcio, fósforo y flúor; tienen como objetivo principal la remineralización de los tejidos duros. (14)

Hasta ahora los estudios realizados con estas soluciones presentan resultados variables ya que la percepción subjetiva del paciente juega un papel importante, algunos pacientes sienten alivio con el uso de estas soluciones, pero otros las rechazan y encuentran más satisfactorio el uso del agua u otro fluidos. (14)

3.2.5 Cambios en el Tejido Dentario.

En el esmalte dentario:

1. Se deshidrata, se vuelve más frágil y menos permeable.
2. Aumenta la concentración de ácido aspártico, lo cual sirve como marcador de envejecimiento, y se produce un aumento de la cantidad de nitrógeno (oscurecimiento del esmalte). (15)

En el cemento:

1. Crece en forma anillada y concéntrica alrededor de la raíz.
2. Se engruesa en zona apical como mecanismo compensatorio a la atrición dentaria.

3. Se necrosa lo que favorece la entrada de toxinas y bacterias. (15)

En complejo Pulpo - dentinario:

Principalmente se produce fibrosis pulpar, depósitos de dentina secundaria y peritubular, disminución de irrigación e inervación y calcificaciones. (15)

3.2.6 Cambios en el Tejido Periodontal.

Los tejidos periodontales sufren los mismos cambios descritos para el resto de la cavidad oral, por lo tanto se adelgazan y pierden queratina, con menor cantidad de células y fibras. (16)

• Se observa que la corona clínica coincide con la corona anatómica, o la corona clínica es mayor que la anatómica.
• Compensación de la pérdida de inserción con aposición de cemento y aumento de fibras colágenas en el ligamento, lo que aparece como "dientes firmes".
• Los tejidos de soporte pueden migrar y producir exposición radicular, se puede movilizar el segmento completo o que sólo ocurra pérdida de dimensión vertical.
• El ligamento periodontal disminuye su grosor, hasta en un 50% aproximadamente.

Radiográficamente, el ligamento periodontal se comporta ante el proceso de envejecimiento estrechando el espacio periodontal, produciéndose una mayor unión de la pieza dentaria al hueso alveolar, que se acentúa consecutivamente con el depósito de cemento secundario. (16)

3.2.7 Desórdenes Miofuncionales y Articulares

Todas aquellas alteraciones que inducen cambios en la posición de los dientes o cambios posicionales mandibulares generan problemas miofuncionales consistentes

en alteraciones de la tonicidad de los músculos o inflamación de ellos, que se traducen en miositis y mialgias. (17)

Se sabe que estos desórdenes ocasionalmente se ven potenciados por factores emocionales que muchas veces actúan como desencadenantes. A nivel articular se pueden producir discrepancias del complejo disco-condilar, con remodelación de estructuras articulares. Estos cambios estructurales no presentan sintomatología, e incluso, muchos autores sostienen que las personas con desórdenes temporomandibulares presentan una disminución notoria de los síntomas a medida que envejecen. (17)

La articulación temporomandibular se vuelve más susceptible a cambios degenerativos; aplanamiento de la superficie articular que se acompaña de una reducción del tamaño del cóndilo mandibular, con la producción de mayor laxitud en los movimientos articulares. El disco articular tiende a perforarse con la edad, lo que supone un trastorno por el desgaste natural. (17)

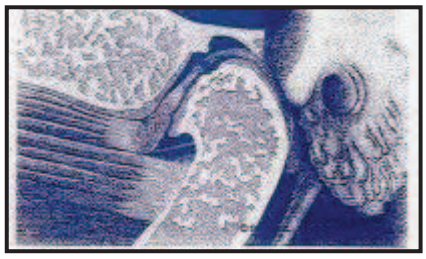

Fig. No. 24: Disco articular con perforación
Fuente:http://desgaste+de+la+articulaci%C3%B3n+mandibular&bav=on.2,or.r_gc

3.2.8 Cambios oclusales

En el paciente geriátrico se producen migraciones dentarias, rotaciones, intrusiones, extrusiones, inclinaciones, con estas alteraciones, se generan interferencias en relación céntrica y en los movimientos de protrusión, trabajo y balance. (17)

Los contactos prematuros en relación céntrica son particularmente graves ya que se presentan como primer contacto a partir del cual se producen deslizamientos anteriores, laterales o combinados que se detienen en algún punto, produciendo trauma sobre las piezas dentarias del sector anterior (trauma oclusal primario).(17)

Además, se presenta la llamada Atrición dentaria, que puede ser causada por bruxismo, por frotamiento de dientes contra restauraciones, por hiperfunción en una posición de acomodación por pérdida de soporte posterior o por oclusión traumática por contactos prematuros en sector posterior que ocasionan desgastes extensos en sector anterior. También se produce la pérdida de dimensión vertical que puede ser compensada por varios mecanismos de compensación alveolar y colapso de la mordida posterior, en la cual por pérdida de varias piezas dentarias se produce un cambio general en la morfología y funcionalidad de los arcos dentarios. (17)

Fig. No. 25: Atrición dentaria
Fuente: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual?LEMA=atrici%C3%B3n

3.2.9 Cambios en el tejido óseo

La pérdida de hueso alveolar en pacientes desdentados es una entidad crónica, progresiva, irreversible y acumulativa. El ritmo de reabsorción es más rápido en los primeros seis meses siguientes a las exodoncias y el grado de reabsorción del reborde es potencialmente ilimitado en donde están involucrados factores anatómicos, biológicos y mecánicos. (17)

Existe un promedio de reducción de 9 a 10 mm. en el maxilar inferior y de 2,5 a 3 mm. En el maxilar superior en los primeros 25 años de edentulismo. Ahora, este grado de reabsorción ósea se puede ver agravado por exodoncias tempranas, presencia de quistes periapicales o lesiones tumorales, por traumas o patología sistémica como el hiperparatiroidismo o la osteoporosis. (17)

Fig. No. 26: Perdida de hueso alveolar
Fuente:http://medicosdeelsalvador.com/Detailed/ImgenesMdicas/Odontologa/Rehabilita.html

CAPITULO V: ENFERMEDADES Y TRASTORNOS SISTEMICOS SOBRE EL PERIODONTO EN PACIENTES GERIATRICOS, MANEJO ESTOMATOLOGICO.

En los últimos años, han surgido numerosos informes basados en estudios epidemiológicos, en los que las infecciones buco-dentales se asocian con enfermedades sistémicas, entre ellas alteraciones cerebrovasculares, respiratorias, diabetes mellitus y resultados adversos del embarazo, debido a los lipopolisacáridos, las bacterias gramnegativas viables del biofilm y citoquinas pro inflamatorias que pueden ingresar al torrente sanguíneo e influir en la salud general y susceptibilidad a ciertas enfermedades. (18)

4.1 Hipertensión arterial

Una de las enfermedades mas frecuentes en los adultos mayores de mayor prevalencia a nivel mundial, sobre todo en países donde el estilo de vida se caracteriza por tener una dieta con exceso de sal, grasas saturadas y carbohidratos, la vida sedentaria y los hábitos como el tabaquismo y alcoholismo. (19)

A partir de los 60 anos de edad, la presión diastólica se va estabilizando y la sistólica se sigue elevando hasta los 75 anos aproximadamente, debido a que con la

edad hay cambios degenerativos como son la disfunción endotelial, disminución de la elasticidad arterial, calcificación vascular y disfunción diastólica del corazón, esto explica por qué el paciente geriátrico es mas frecuente en la hipertensión arterial sistólica. Se considera normal: 120/80, una Límite: 140/90, e hipertensión: 160/95. (19)

Según su etiología, se clasifica:

- Primaria: intervienen 2 tipos de factores, ambientales; como el estrés, vida sedentaria, obesidad, depresión, dieta con exceso de sal, tabaquismo, alcohol y grasas saturadas. Los factores genéticos como antecedentes familiares.
- Secundaria: algún trastorno renal o endocrino, también se da por fármacos.

Generalmente el paciente hipertenso no presenta manifestaciones bucales propias de la enfermedad; sin embargo, en algunas ocasiones, ante cifras altas de presión arterial, puede presentar odontalgias sin causa aparente, cuyo posible origen puede ser hiperemia pulpar por aumento de la presión sanguínea; también se han presentado petequias. (19)

Manejo estomatológico

En el paciente geriátrico depende si el paciente es controlado o si no esta controlado. Es importante que el paciente adulto mayor se tome los signos vitales en cada sesión, ya que se pueden modificar debido al estrés. (19)

Se recomiendo no hacer esperar al adulto mayor para su atención ya que con frecuencia ellos tienen poca paciencia. El paciente debe ser atendido en sesiones cortas, con la finalidad de evitar el cansancio que puede provocar el sillón dental. (20)

El adulto mayor por lo general tiene miedo y ansiedad en el momento del tratamiento dental, es necesario armar un ambiente tranquilo y libre de situaciones de

estrés, de confianza, en el cual se puede llamar al paciente por su nombre, en algunos casos se debe valorar el uso de ansiolíticos. (20)

Paciente no controlado

La conducta del odontólogo frente a un paciente hipertenso no controlado es remitirlo al medico para su control y después tratarlo. (20)

En caso de que presente dolor por infección dental, se podría indicar medicamentos para aliviar el dolor y eliminar la infección, se recetaría un analgésico y antibiótico para disminuir la sintomatología, una vez que haya cedido el cuadro agudo, se realizara el procedimiento dental. (20)

Paciente controlado

Lo primero es preguntar la medicación que toma el paciente para controlar la hipertensión y las dosis prescritas, que las tome de manera regular además de que las cifras de los signos vitales se encuentren en rangos normales para el paciente. (20)

Para realizar los procedimientos libres de dolor se recomiendo utilizar el anestésico local con epinefrina y no emplear no mas de 3 cartuchos por sesión, aplicar una buena técnica anestésica, la ventaja de utilizar con vasoconstrictor es que produce mayor hemostasia en procedimientos quirúrgicos. (20)

No debe usarse anestésico con vasoconstrictor en casos:

- ✓ Cuando el paciente recibe tratamiento farmacológico con betabloqueadores, puede producir aumento de presión arterial.
- ✓ Padece arritmia cardiaca.
- ✓ Si esta bajo tratamiento de antidepresivos tricíclicos. (20)

4.2 Enfermedades cardiovasculares

4.2.1 Arterioesclerosis

En la tercera edad los cambios arterioescleróticos que se distinguen por engrosamiento de la capa intima, estrechamiento de la luz de los vasos, adelgazamiento de la capa media y hialinizacion de las capas media y adventicia, con calcificación o sin esta, son frecuentes en los vasos de los maxilares y en las zonas de la inflamación periodontal. (21)

Tanto la enfermedad periodontal como la arterioesclerosis se incrementan con la edad y se plantea la hipótesis de que la alteración circulatoria aumenta causada por los cambios vasculares puede aumentar la enfermedad periodontal en el paciente. (21)

4.2.2 Cardiopatía isquémica

Son alteraciones congénitas o adquiridas de las válvulas cardíacas, debido a cambios en su anatomía normal. Se considera que estas válvulas alteradas son altamente susceptibles a infecciones. Se presenta con mucha frecuencia en las personas mayores de 60 anos. (21)

Se ha descrito que la severidad de la enfermedad periodontal puede estar asociada al riesgo de una cardiopatía coronaria. La relación existente entre la deficiente higiene bucal y el riesgo de sufrir una patología coronaria se presenta independientemente de la hipertensión arterial, la edad, el sexo, el hábito tabáquico o la presencia de diabetes. (21)

Esta afirmación se basaría en la capacidad que tiene la infección periodontal para alterar la respuesta inflamatoria del individuo. Sin embargo, puede existir una estrecha relación entre la Cardiopatía Isquémica, la edad y la infección dentaria crónica, como la periodontitis. (21)

Así, los individuos que desarrollan una cardiopatía isquémica a edades tempranas pueden ser aquellos que han presentado enfermedad periodontal crónica desde jóvenes. (21)

4.2.3 Infecciones sistémicas

Se sabe que las infecciones sistémicas inducen a un estado hipercoagulable e incrementan la viscosidad de la sangre. Los niveles de fibrinógeno y el número de leucocitos suelen aumentar en pacientes con enfermedad periodontal. (21)

Los individuos con mala salud bucal también tener elevaciones significativas en el factor de coagulación VIII, lo que eleva el riesgo de formación de trombos. Es factible que la infección periodontal incremente la viscosidad de la sangre y la trombogénesis, lo que conlleva a mayor riesgo de enfermedad vascular central y periférica. (21)

4.2.4 Trombogénesis

La agregación plaquetaria desempeña una función preponderante en la trombogenesis y tromboembolia desencadena la mayor parte de los casos de infarto agudo del miocardio. Es posible que los microrganismos bucales participen en la trombogenesis coronaria. (21)

Las plaquetas se adhieren en forma selectiva a ciertas cepas de *streptococcus sanguis*, integrante de la placa subgingival, y la *porphyromonas gingivales*, patógeno con una vinculación estrecha con la periodontitis. (21)

La proteína relacionada con la agregación plaquetas expresada por ciertas cepas de estas bacterias induce a la agregación plaquetaria. De este modo es posible

que ciertas cepas S. sanguis y S. gingivalis que aparecen en las periodontitis promueven episodios de tromboembolicos agudos mediante interaccion con plaquetas circulantes. (21)

Manejo estomatológico

Es necesario realizar la toma de signos vitales antes de iniciar cualquier procedimiento en la atención estomatológica. (21)

En procedimientos quirúrgicos es indispensable:

- El medico tratante ajuste la dosis de anticoagulantes; además se debe controlar el tiempo de protrombina.
- Para evitar la endocarditis bacteriana se deben administrar antibióticos de formar profiláctica, en dosis de 2 g de amoxicilina en una hora antes de la atención dental, en caso de alergia a la penicilina se utiliza eritromicina etilsuccinato.

Cuando el paciente ha tenido un infarto al miocardio se debe esperar seis meses antes de la atención dental. (21)

4.3 Trastornos endocrinos

4.3.1 Diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad en extrema importancia desde el punto de vista periodontal. Es un trastorno metabólico complejo que se caracteriza por hiperglucemia crónica. La menor producción de insulina, el deterioro de la acción de la insulina o una combinación de ambas cosas impide el transporte de la glucosa desde el torrente sanguíneo hacia los tejidos, lo que va a generar altos niveles de glucosa en sangre y excreción de azúcar en orina. (22)

En la diabetes también se altera el metabolismo de lípidos y proteínas. Los diabéticos no controlados son propensos a sufrir complicaciones a largo plazo, enfermedades microvasculares (nefropatía), alteraciones macrovasculares (cardiovasculares, cerebrovasculares) mayor propensos a infecciones y mala cicatrización heridas. (22)

Con frecuencia, el diagnostico de diabetes se realiza tardíamente debido a que la hiperglucemia se desarrollo paulatinamente y los datos clínicos no son reconocidos en etapas iniciales de la enfermedad; en particular, en el anciano puede haber síntomas inespecíficos atípicos, como cansancio, incontinencia urinaria, confusión y deterioro funcional. (22)

La diabetes mellitus tipo1, diabetes insulinodependiente, se debe a una respuesta autoinmunitaria mediada por células que destruyen las células beta productoras de insulina de los islotes de Langerhans en el páncreas, con mayor frecuencia se da en niños y adultos jóvenes. (22)

La diabetes mellitus tipo 2, diabetes no insulinodependientes, es ocasionada por resistencia periférica a la acción de la insulina, deterioro de la secreción de insulina e incremento de la producción de glucosa en el hígado. Esta forma de enfermedad se da en los adultos mayores. (22)

En los pacientes diabéticos la Enfermedad Periodontal es la manifestación bucal mas frecuente y la principal causa de perdida dental; son varios factores que la ocasionan, entre los que se encuentran el aumento de los niveles de glucosa en saliva y liquido crevicular y las microangiopatias en el periodonto, con lo que se disminuye la irrigación sanguínea y por tanto al aporte de oxigeno y llegada de los nutrientes necesarios para el mantenimiento de los tejidos, facilita el desarrollo de microorganismos anaerobios dentro de la bolsa periodontal. (22)

También el fluido gingival de los diabéticos presenta un valor reducido de monofosfato de adenosina cíclico, que participa en la disminución del proceso inflamatorio, por lo que su reducción aumenta la respuesta de los tejidos periodontales entre los irritantes locales, como la placa dentobacteriana y el cálculo dental. (22)

- **Xerostomía e hiposalivación (hiposialia)**

La disminución del flujo salival se debe a los cambios a nivel estructural en el tejido glandular por infiltración grasa, situación que se incrementa con la edad, y la excesiva perdida de liquido por la orina. También se presenta xerostomía. (22)

Esta situación dificulta la adaptación de las prótesis dentales totales, favorece la presencia de candidiasis bucal y del síndrome de boca ardorosa, el incremento en caries dental y la enfermedad periodontal debido al acumulo de placa dentobacteriana y restos alimenticios. (22)

- **Aliento cetonico**

Referido como olor a manzana; se debe al aumento de los cetoacidos como producto del metabolismo de los lípidos. (22)

- **Candidiasis o candidosis**

Es una infección micotica oportunista que en el paciente diabético se presenta como consecuencia de la hiposalivacion y por la disminución de la respuesta inmunológica por alteración de la quimiotaxis y fagocitosis de los leucocitos polimorfonucleares. En el adulto mayor es muy frecuente la candidiasis eritematosa crónica, asociada al uso de prótesis dental; clínicamente se presenta como una mancha eritematosa localizada en el área que corresponde a la prótesis dental; es mas frecuente en el maxilar y puede ocasionar ardor. (22)

Fig. No. 27: Candidiasis bucal
Fuente: http://candidiasis-bucal-3/&docid=F-IHLUtMOYhjCM&imgurl.com

- **Aumento en la susceptibilidad de infecciones**

La hiperglucemia ocasiona cambios en la respuesta inmunológica ya que disminuye la fagocitosis, la diapédesis y la actvidad bactericida intracelular de los polimorfonucleares, por lo que aumenta la susceptibilidad a infecciones principalmente después de una cirugía. (23)

- **Abscesos periapicales y periodontales**

En los pacientes diabéticos adultos mayores se ha observado incremento de destrucción periodontal, con abscesos periodontales recurrentes. (23)

- **Retardo en la cicatrización**

Debido a la microangiopatia, los tejidos gingivales y periodontales no reciben el aporte nutritivo suficiente, lo que ocasiona una cicatrización lenta, también asociada a la disminución de la respuesta inmunológica, hiposialia y neuropatía diabética. (23)

- **Liquen plano**

Es una enfermedad en la cual se presenta una erupción pruriginosa en la piel o en la boca. En estudios se encontraron que un 27% del liquen plano bucal esta asociado a diabetes mellitus, principalmente de tipo erosivo; se ha relacionado como una reacción ocasionada por fármacos antidiabéticos. (23)

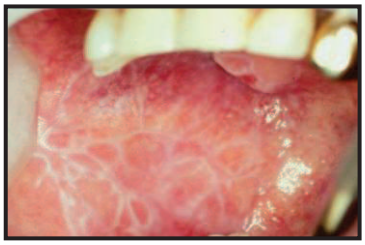

Fig. No. 28: Liquen plano
Fuente:http://www.uv.es/medicinaoral/Docencia/atlas/liquen/1.htm

- **Ulceras bucales**

Se presentan ulceras pequeñas dolorosas, ocasionadas por traumatismos leves; generalmente, se localiza en mucosa labial y de carrillos, son de corta duración aproximadamente de 5 a 7 días. Pueden ser causadas por irritaciones debido a un diente quebrado o prótesis dentales mal ajustadas, hay personas que se muerden el carrillo, la lengua o los labios o se puede producir cuando ingiere alimentos calientes. (23)

Fig. No. 29: Ulceras bucales
Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Afta&docid=WoSdKjK5Chz-CM&imgurl

- **Glosodinia**

En ocasiones, el paciente refiere dolor en la lengua, que puede ser ocasionado por atrofia del dorso lingual. (23)

Fig. No. 30: Glosodinia
Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Afta&docid=WoSdKjK5Chz-CM&imgurl

- **Síndrome de la boca ardorosa**

Es un trastorno emergente de enorme importancia en el anciano; se caracteriza por la presencia de ardor en una o más áreas de la mucosa, de manera continua o intermitente y sin la presencia de alguna lesión visible a la exploración clínica. (23)

- **Hipertrofia de las glándulas parótidas**

El aumento de las glándulas es asintomático y se produce para tratar de compensar la hiposialia. (23)

- **Disgeusia**

Alteración en el sentido del gusto. (23)

- **Neuropatía diabética**

Se manifiesta como hormigueo o entumecimiento de la boca. (24)

Manejo estomatológico

Es importante saber si el paciente está bajo control o no. (24)

Pacientes no controlados

Estos pacientes deben ser referidos al médico, no se puede iniciar cualquier procedimiento dental hasta que el paciente se encuentre bajo control metabólico, está indicado efectuar control de placa dentobacteriana para mejorar la condición periodontal, con lo cual se mejorara la condición sistémica. (24)

Pacientes controlados

Los pacientes con diabetes bien controlada pueden ser tratados como cualquier otro paciente, se recomienda hacer una prueba rápida con glucómetro o tiras reactivas para saber los valores. Las citas deben ser en las mañanas, que el paciente haya ingerido sus alimentos y si se administro sus hipoglucemiantes o la inyección de insulina. (24)

Se recomienda que los anestésicos con epinefrina, con una adecuada técnica se pudiera lograr una anestesia profunda y sin dolor máximo se utilizaría tres cartuchos de anestesia. Para procedimientos quirúrgicos se considera que las cifras se encuentren dentro de los límites hasta 180 mg/dl. (24)

Se recomienda la administración de antibióticos y analgésicos después de la cirugía, por la susceptibilidad de infecciones y por el retardo en la cicatrización. Respecto al uso de fármacos, en relación analgésico el acido acetilsalicílico disminuye los niveles de glucosa y los corticoides aumentan los niveles de glucosa.(24)

Una de las complicaciones del paciente diabético, durante la atención es el choque hipoglucémico que se puede presentar cuando no ha ingerido alimentos y se administro sus medicamentos para el control de diabetes, se caracteriza por presentar confusión, temblor, nerviosismo, sudación o llegar a perder la conciencia. Para que

el paciente se recupere se le debe dar una bebida con alto contenido de glucosa, como el jugo de naranja. (25)

4.4 Artritis

El dolor articular o la artralgia representa una de las quejas mas frecuentes en la consulta geriátrica, porque limita la movilidad; en casos severos, ocasiona discapacidad y aislamiento total del paciente, lo que causa un gran impacto a su calidad de vida; se considera que el 75% de las personas mayores de 65 anos presentan afección articular, que se va incrementando con la edad. (25)

Existen varios tipos de artritis pero la más frecuente en los adultos es la osteoartritis, se caracteriza por presentar cambios degenerativos en el cartílago y del hueso articular. Se desconoce su etiología pero esta asociada con la edad avanzada, la genética, el género femenino y la obesidad. (25)

Pacientes con artritis pueden tener afectada la articulación temporomandibular, con dolor a nivel del cóndilo articular, lo que limitara su apertura bucal. En ocasiones la afectación de la ATM está relacionada con bruxismo. (25)

Puede presentarse dolor e inflamación de los ligamentos periodontales y chasquido o crepitación en el momento de realizar los movimientos mandibulares. En ocasiones limita la habilidad para manejar los instrumentos de limpieza bucal, producción alteraciones secundarias de una higiene deficiente. (25)

En el examen radiográfico es frecuente encontrar aplanamiento del cóndilo articular y temporal; la resonancia magnética y la axiografía también se pueden utilizar como auxiliares de diagnostico. (25)

Manejo estomatológico

Pacientes no controlados

Estos pacientes deben ser referidos al medico para el control de la enfermedad, sin embargo podría iniciarse el proceso dental. (25)

Pacientes controlados

Se debe interrogar al paciente sobre el tiempo de evolución de la enfermedad, el tipo de fármacos y la dosis que utiliza para su control. Se recomienda que las citas sean cortas para evitar el cansancio muscular y luxación de la mandíbula. (25)

Si el paciente se encuentra en tratamiento de acido acetilsalicílico y requiere de un procedimiento quirúrgico, es importante evaluar las pruebas de tendencia de hemorragia, y comunicarse con su médico tratante. (25)

4.5 Osteoporosis

La Osteoporosis es una enfermedad compleja y multifactorial, originada por un desorden en el metabolismo óseo esquelético, lo cual se traduce en una reducción en la cantidad de hueso, sin producir variaciones en la composición química del mismo. Diversas investigaciones han reportado que la pérdida de sustancia ósea en los maxilares es el reflejo de que lo mismo está sucediendo en otros huesos del cuerpo. Esto limita la posibilidad de una efectiva rehabilitación de la función bucal. Así mismo el reborde alveolar constituye un sensible indicador del metabolismo óseo, advirtiendo la existencia de enfermedades óseas sistémicas en humanos. (25)

Alteraciones bucales

- ✓ Reducción del reborde alveolar
- ✓ Disminución de la masa ósea y densidad ósea maxilar
- ✓ Edentulismo
- ✓ Disminución del Espesor Cortical Óseo
- ✓ Alteraciones Periodontales. (25)

En las alteraciones Periodontales algunos estudios realizados no hallaron diferencias entre el grupo normal y el osteoporótico, en cuanto a mediciones periodontales. La Osteoporosis afecta al hueso maxilar y las alteraciones periodontales aparecen como procesos locales que no están influenciados por enfermedades óseas esqueléticas. Sin embargo se ha observado que aquellos individuos con valores minerales esqueléticos altos, conservan mayormente sus dientes y tienen una menor tendencia a desarrrolar sacos periodontales en comparación con individuos osteoporóticos. Entonces los factores locales pueden ejercer un efecto mayor sobre la enfermedad periodontal que los factores sistémicos. (25)

4.6 Alteraciones de la mucosa bucal por problemas nutricionales

Cualquiera que sea el origen y tipo de problemas nutricionales a los que se enfrenta el paciente anciano, se puede manifestar de distintas maneras.

Los ancianos con dietas restringidas tienen una grave deficiencia de vitamina c (acido ascórbico). (26)

- ✓ Los niveles bajos de acido ascórbico influyen sobre el metabolismo de la colágena en el periodonto, lo que afecta la capacidad de los tejidos para regenerarse y repararse a si mismos.
- ✓ La deficiencia del acido ascórbico interfiere con la formación ósea y por tanto conduce a la perdida de hueso periodontal.

- ✓ El acido ascórbico es indispensable para mantener la integridad de la microvasculatura periodontal, así como la respuesta vascular ante la irritación bacteriana y cicatrización de las heridas.
- ✓ La depleción de vitamina C puede interferir con el equilibrio ecológico de las bacterias en la placa e incrementar así su patogenicidad. (26)

4.7 Alteraciones bucales producidas por medicamentos

Los ancianos suelen padecer varias enfermedades simultáneamente, por lo que son tratados con múltiples medicamentos, es frecuente encontrar alteraciones bucales ocasionadas directa o indirectamente por los fármacos. Cuando se administra metildopa o propranolol, se utilizan para tratar la hipertensión, presentan reacciones liquenoides, que son manchas o placas blandas en mucosa bucal, clínicamente parecidas al liquen plano. (26)

Otro fármaco utilizado para tratar la hipertensión es el nifedipino, encontrado en altas concentraciones del fármaco en los fluidos gingivales. Se puede presentar en pacientes que tomen el medicamento y tengan mala higiene bucal, con presencia de placa dentobacteriana. (26)

Clínicamente se observa un aumento de volumen de color semejante a la mucosa normal, asintomático; en este caso se le recomienda al medico el cambio del antihipertensivo por otro que no ocasione esta reacción, una reacción ocasionada por fármacos antidiabéticos es el liquen plano. (26)

La hiposalivación es la consecuencia mas frecuente del uso de diversos medicamentos, entre estos se encuentran los tranquilizantes, antihistamínicos,

anticolinérgicos, diuréticos y anticonvulsivos. Los signos y síntomas son atrofia de la mucosa, glosopirosis, ulceraciones inespecíficas, candidiasis y halitosis. (26)

La hipersalivación también puede ser resultado de la estimulación directa de los colinérgicos con sustancias como la pilocarpina; sales de litio, aldosterona, bromuros y yoduros. Si los pacientes ancianos están sometidos a terapias inmunosupresora, esto incrementa las posibilidades de contraer infecciones, especialmente en los diabetos. (26)

Adicionalmente, la radioterapia y quimioterapia contra el cáncer favorecen estados inmunosupresión y efectos como ulceraciones, mucositis, hiposalivación e incremento de infecciones. Se calcula que hasta el 4% de pacientes que consumen inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina pueden causar disgeusia, aunque dicho efecto es reversible en pocos meses, aun a pesar de continuar dicho tratamiento. (26)

Existen medicamentos que usados de forma inadecuada o excesiva pueden producir ulceras por quemadura química, como las causadas por acido acetilsalicílico u otros compuestos, cuando son aplicados directamente para tratar el dolor dental.(26)

El lauril sulfato de sodio presente en gran número de dentífricos y otros productos destinados al aseo bucal, pueden generar irritación, descamación y erosión de la mucosa. La estomatitis aftosa (ulceras recurrentes) enfermedad de naturaleza autoinmune bien definido de forma circular u ovoidal, bordes eritematoso y fondo limpio, aparece en diversas áreas de la mucosa bucal, en la que se han reconocido numerosos factores desencadenantes, entre los que se incluye un buen numero de medicamento, especialmente antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y betabloqueadores. (26)

Entre los medicamentos más comunes implicados en el desarrollo de eritema multiforme tenemos la cefalosporina, AINES, estrógenos, fenotiazas, inhibidores de proteasas, sulfonamidas y tetraciclinas. (26)

CAPITULO VI: TRATAMIENTO PERIODONTAL EN EL PACIENTE GERIATRICO.

Para brindar un tratamiento exitoso al paciente geriátrico se requieren instalaciones adecuadas, tomando en cuenta que el consultorio debe ser amplio y accesible por medio de silla de ruedas y otros aparatos; contar con barandales y pasamanos, para algunos pacientes que padecen problemas osteoarticulares como la artritis; el sillón dental puede ser doloroso por lo que se debe contar con aditamentos especiales para ser colocados en la silla de ruedas, en caso de hipoacusia se debe de hablar con tono de voz fuerte y clara, contar con anotaciones para el paciente con instrucciones claras, tener una serie de precauciones para la comodidad del paciente geriátrico.(27)

Durante la revisión inicial, al realizar la historia clínica debe tener todos los antecedentes dentales del paciente, debe ser muy detallada tomando en cuenta su condición médica y mental, visitas de rutina y emergencia al hospital. (27)

Se deben evaluar meticulosamente las enfermedades sistémicas y desordenes que puedan influir en el tratamiento dental, como problemas de coagulación y uso de anticoagulantes, diabetes, problemas de válvulas cardiacas, condiciones cardiovasculares, ataques cardiacos, prótesis artificiales y uso de corticosteriodes. (27)

La historia clínica debe incluir medicamentos utilizados por el paciente y la posología de los mismos, alergias, consumo de tabaco y alcohol y el nivel funcional del paciente. (27)

Se debe realizar la ficha periodontal bien detallada para recabar los datos bucales del paciente, considerando el estado de salud general para determinar si previamente se le medicara, acompañada de estudios radiográficos, para después llevar acabo la fase 1 del tratamiento periodontal:

- ✓ Control de placa
- ✓ Eliminación de calculo
- ✓ Raspado y alisado radicular
- ✓ Reevaluación

En algunos casos como por ejemplo, los pacientes cardiópatas o diabéticos, se debe considerar la premedicación antibiótica para evitar bacteriemia transitoria o endocarditis bacteriana.(27)

- Regímenes profilácticos para endocarditis:

Estándar general de profilaxis amoxicilina 2.0 g una hora antes del procedimiento
Alergia a penicilina clindamicina 600mg una hora antes del procedimiento,
cefalexina 2.0 g una hora antes del procedimiento.(27)

Para pacientes que presenten válvulas cardiacas protésicas, historia previa de endocarditis, enfermedades congénitas cardiacas, pacientes con trasplante cardiaco que desarrollen valvulopatias, *American Heart Association* tiene indicaciones profilácticas para endocarditis. (27)

- Estándar general de profilaxis: amoxicilina 2g oral, IM, IV 30 o 60 min antes del procedimiento. Alergia a penicilina: clindamicina 600mg oral, IM, IV 30 o 60 min antes del procedimiento.

En pacientes con diabetes mellitus las medidas profilácticas indican 750mg de amoxicilina, vía oral, una hora antes del procedimiento quirúrgico y 750mg seis horas después de la intervención, si presenta alergia clindamicina de 600mg, 500mg de azitromicina, 1g de cefuroxima vía oral.(28)

Es muy importante tener mucho cuidado con las condiciones del paciente, por lo que las fases de mantenimiento y prevención son necesarias sobre todo en los pacientes geriátricos, tomando en cuenta su salud general, mental, funcional y vida durante el tratamiento.(28)

La primera elección para el tratamiento del paciente geriátrico es la fase no quirúrgica, sobre todo si tiene un compromiso sistémico, psicológico o si es frágil. El objetivo principal en el tratamiento periodontal en el adulto mayor es el control de placa dentobacteriana, por lo que se recomienda valorar la terapia con antibióticos y antisépticos tópicos en forma conjunta con instrumentación subgingival durante la terapia.(28)

Para realizar un adecuado control mecánico de la placa dentobacteriana en casa es de suma importancia considerar las habilidades del paciente; apoyándose con el uso de antisépticos tópicos, también se debe controlar la oclusión traumática y dar tratamiento a caries radicular.(28)

CAPITULO VII: PREVENCION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PERIODONTAL.

Se trate de pacientes jóvenes o geriátricos, las medidas terapéuticas tanto preventivas como curativas, están orientadas a eliminar la mayor cantidad de microorganismos que sea posible, básicamente a través de instrucción de técnicas de higiene adecuadas a cada paciente, en combinación con terapias de remoción de placa bacteriana y otras indicaciones por parte del odontólogo. (29)

Los individuos de la tercera edad pueden modificar sus hábitos de cepillado por discapacidades como hemiplejia secundaria a accidente vascular cerebral, dificultades visuales, demencia y artritis. Los cepillos eléctricos más recientes y livianos son los más convenientes que los manuales para personas mayores con limitaciones físicas y sensoriales. (29)

El uso de hilo normalmente lo utiliza las personas menores 45 anos debido a los trastornos de motricidad fina secundarias a una enfermedad o lesión. En lugar del hilo dental común es posible utilizar cepillos interdentales, palillos de madera o portahilos mecánicos.(29)

Lubricantes orales como la glicerina aromatizada con limón puede producir un efecto lubrificante. Son útiles para aliviar la irritación producida por las prótesis dentales y, sobre todo, en las personas con problemas de boca seca. (30)

Sustancias antiplaca

Los pacientes que no son capaces de eliminar la placa en forma adecuada por enfermedades o discapacidad pueden beneficiarse del uso de sustancias antiplaca, como la clorhexidina u otros enjuagues preferiblemente sin alcohol o sus contrapartes genéricas. (30)

Clorhexidina es sin duda el antiséptico de elección. Su utilización es amplia y es el agente más efectivo. La reducción de placa y de gingivitis alcanza el 60%. Su mecanismo de acción se realiza mediante una reducción de la formación de la película adquirida y alteración del desarrollo bacteriano y de la inserción al diente.

La clorhexidina es un enjuague prescrito a corto plazo, ya que sus efectos adversos incluyen aparición de manchas y pigmentaciones permanentes de los dientes. Puede ser particularmente útil para las personas de la tercera edad con dificultades para eliminar la placa y en aquellos que toman fenitoina, bloqueadores de los canales de calcio, ciclosporina y que se hallan en riesgo de tener hiperplasia gingival. (30)

Hay enjuagues sin alcohol se utilizan como uso diario para ayudar al control de la placa bacteriana, este es un producto que se lo puede usar a largo plazo, se debe usar el enjuague durante 60 segundos dos veces al día ya que se obtiene una reducción del índice de placa de un 12% mayor utilizándolo 60 segundos que 30 segundos. (30)

Fluoruros

Tienen propiedades antiplaca, el anticaries de la naturaleza. Los más utilizados localmente son: el fluoruro de estaño, fluoruro de sodio y el fluoruro fosfato acidulado. Parece ser que el mecanismo de acción del fluoruro de estaño es la alteración de la agregación bacteriana y de su metabolismo. (30)

Especialmente indicados en el control de la caries, generalmente administrados en pasta dentífrica. Su efecto a la hora de prevenir la formación de nueva placa dental usándolos como colutorios es similar a la del triclosan. Se aconseja la aplicación tópica del fluoruro para la prevención y tratamiento de la caries dental y radicular. (30)

MÉTODOS Y MATERIALES

Se realizara un estudio descriptivo de 50 pacientes ambos sexo de los cambios bucales que presenta el paciente geriátrico es decir, mayores de 60 años, con respecto a las enfermedades sistémicas que presente el paciente relacionas con la enfermedad periodontal que presente.

Se empezara por la historia clínica detallada en el cual contenga datos personales, antecedentes médicos en cual podamos saber si tiene alguna enfermedad sistémica, los medicamentos, el tratamiento en el que este y todos los datos necesarios para proceder con el tratamiento dental. Se tomaran los datos del Periodontograma: margen, profundidad de sondaje y nivel de inserción clínica para sacar el diagnostico de la enfermedad periodontal.

Según la clasificación de Armitage para las lesiones de periodontitis (niveles de inserción presentes): 1-3 mm = leve, 4-5 mm=moderada, + de 5 mm = severa. Co esto podíamos diagnosticar la enfermedad periodontal de cada paciente. Con todos estos datos podemos ver la relación que hay entre la salud del paciente con la enfermedad periodontal que presente.

Las variables estudiadas fueron la edad, la enfermedad sistémica que tenga, la enfermedad periodontal que se diagnostique, los medicamentos que este tomando, si existe la presencia de xerostomía y la causa de esta.

Para la recolección de todos estos datos fueron atendidos 50 pacientes mayores de 60 años, con su respectiva historia clínica y Periodontograma, donde se utilizó un equipo dental, instrumental de diagnóstico: espejo, explorador, pinza algodonera y sonda periodontal; y materiales como: guantes, mascarilla, gorra, servilletas, algodón, cámara fotográfica.

El procedimiento clínico y análisis de datos fue de la siguiente manera:

Se realizó la historia clínica, según las respuestas del paciente se llenaron los datos requeridos.

1. Se empezó por anular los dientes ausentes
2. Por medio de la sonda periodontal, se realizo el sondaje respectivo en 3 puntos mesial, medio y distal, tanto por vestibular como por palatino/lingual.
3. Se examina la presencia de furcaciones en dientes multirradiculares y la movilidad.
4. Establecer el diagnóstico según la clasificación de Armitage.

El tratamiento consta de una profilaxis y fisioterapia bucal si es una periodontitis leve, si es una periodontitis moderada consta de un raspado y alisado radiculares a campo cerrado y cuando existe un diagnóstico de Periodontitis severa consta de fisioterapia bucal, raspado y alisado radicular a campo cerrado y procedimientos quirúrgicos.

Los resultados fueron estudiados mediante cuadros estadísticos, donde se mostraron la relación que existe entre las enfermedades sistémicas con la enfermedad periodontal. Evaluar la presencia de xerostomía y sus causas.

RESULTADOS

El objetivo de este estudio busca determinar si las enfermedades sistémicas influyen en la enfermedad periodontal del paciente, y más aun si es un paciente geriátrico ya que por la edad son más susceptibles a que padezcan de alguna enfermedad sistémica.

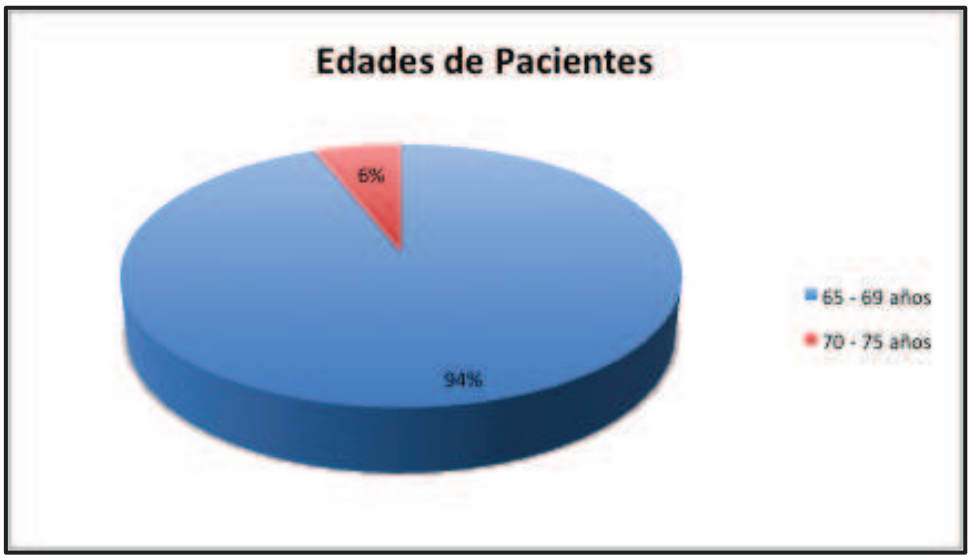

Grafico No. 1 Edades de los pacientes.

Fuente: Lourdes Mendoza Macías

En el gráfico adjunto se aprecia que la muestra de pacientes estudiados está compuesta en un 94% por personas cuyas edades abarcan desde los 65 hasta los 69 años de edad, mientras que en contraste solamente un 4% de los casos estudiados representan a los pacientes cuyas edades fluctúan entre los 70 y 75 años.

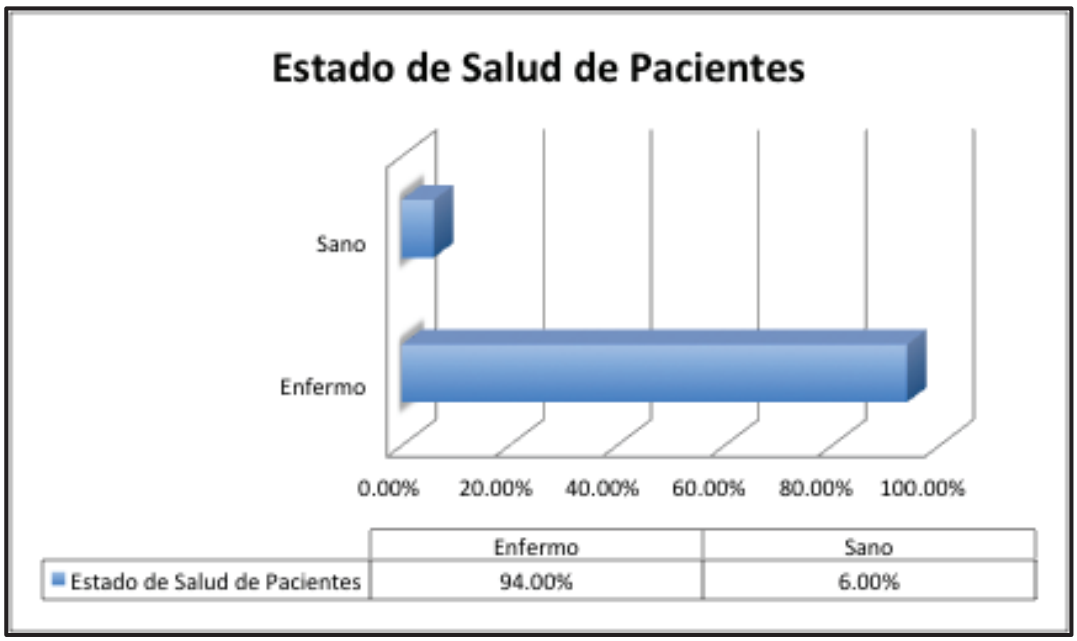

Grafico No. 2 Estado de salud de los pacientes.

Fuente: Lourdes Mendoza Macías

El presente diagrama informa que el 94% de los pacientes estudiados resultaron enfermos, mientras que solamente el 6% de todos los componentes de la muestra gozaban de un buen estado de salud.

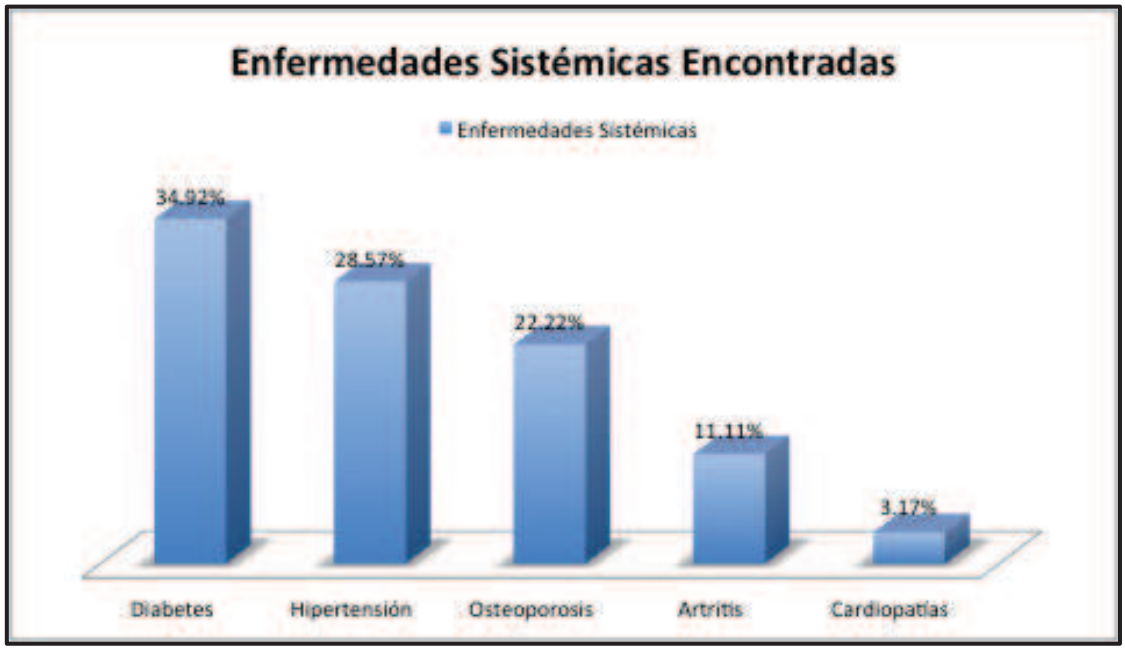

Grafico No. 3 Enfermedades Sistémicas Encontradas.

Fuente: Lourdes Mendoza Macías

Las enfermedades sistémicas encontradas en el estudio van encabezadas por la diabetes que cuenta con un peso del 34,92%; la hipertensión cuenta con el 28,57% situándola como la segunda enfermedad más frecuente encontrada en la muestra. A continuación se coloca la osteoporosis la misma que fue detectada en el 22,22% de los casos estudiados, mientras que la artritis y las cardiopatías se posicionan en los últimos lugares con el 11,11% y el 3,17% respectivamente.

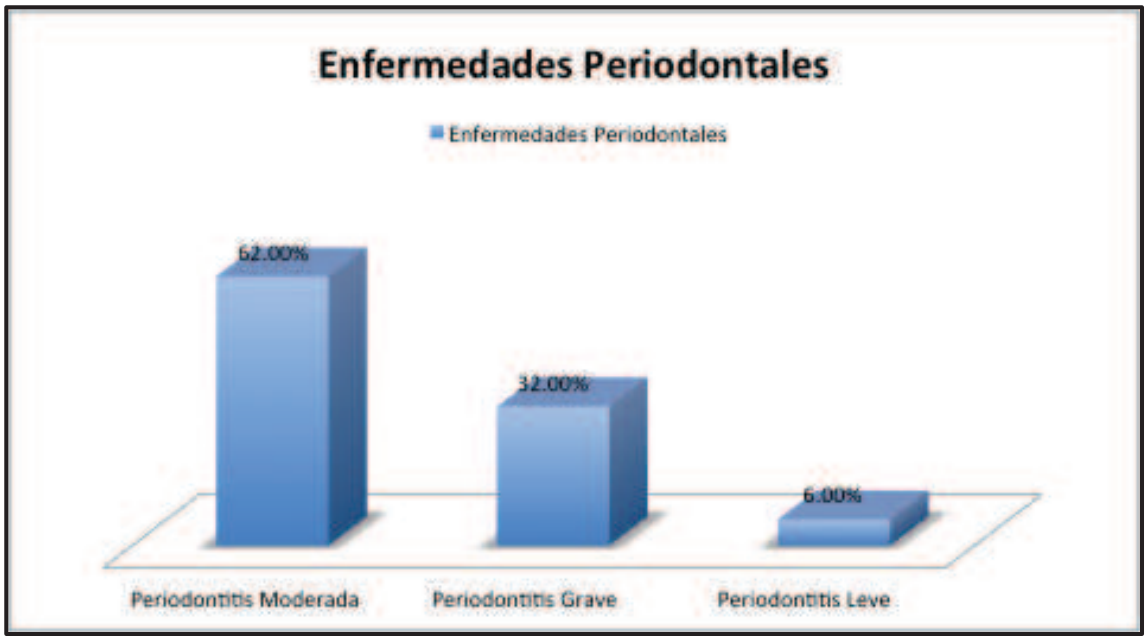

Grafico No. 4 Enfermedades Periodontales.

Fuente: Lourdes Mendoza Macías

De acuerdo con la gráfica la periodontitis moderada es la enfermedad periodontal más común en el estudio con un 62% de presencia en los pacientes; la periodontitis grave posee un 32% y completa la lista la periodontitis leve con un 6% de los casos que la padecen.

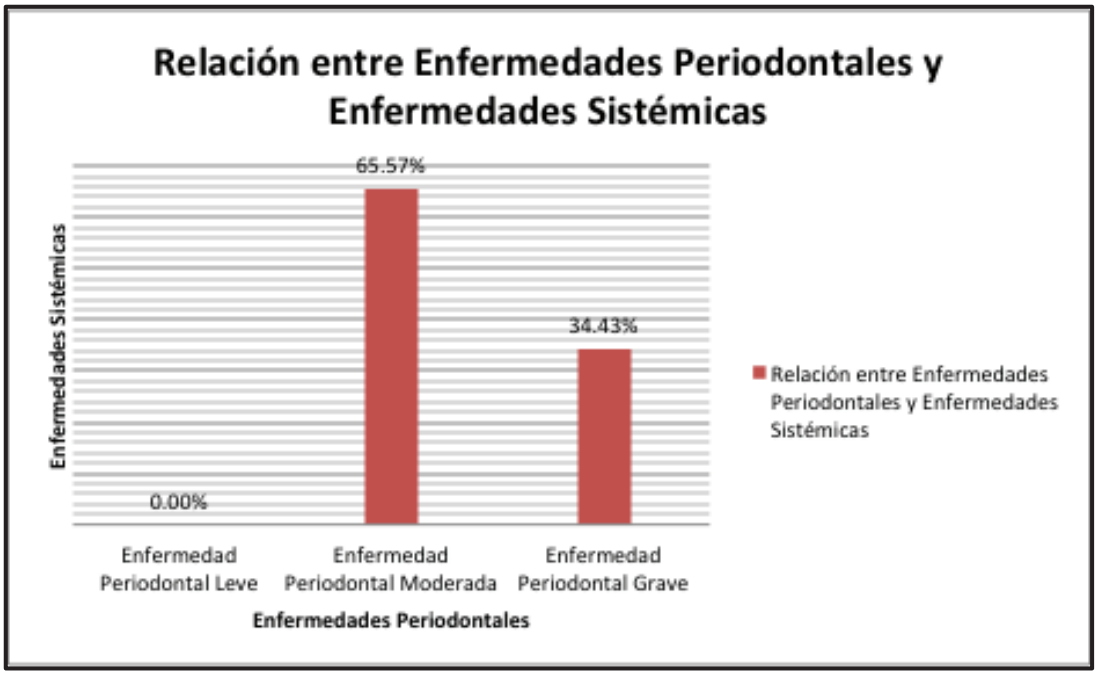

Grafico No. 5 Relación entre Enfermedades Periodontales y Enfermedades Sistémicas.

Fuente: Lourdes Mendoza Macías

De acuerdo a lo observado en el gráfico podemos ver que los pacientes con enfermedad periodontal leve son pacientes prácticamente sanos, a diferencia de los otros pacientes que presentan periodontitis moderada y grave padecen enfermedades sistémicas que cuentan con unos porcentajes de ocurrencia del 65,57% y el 34,43% respectivamente.

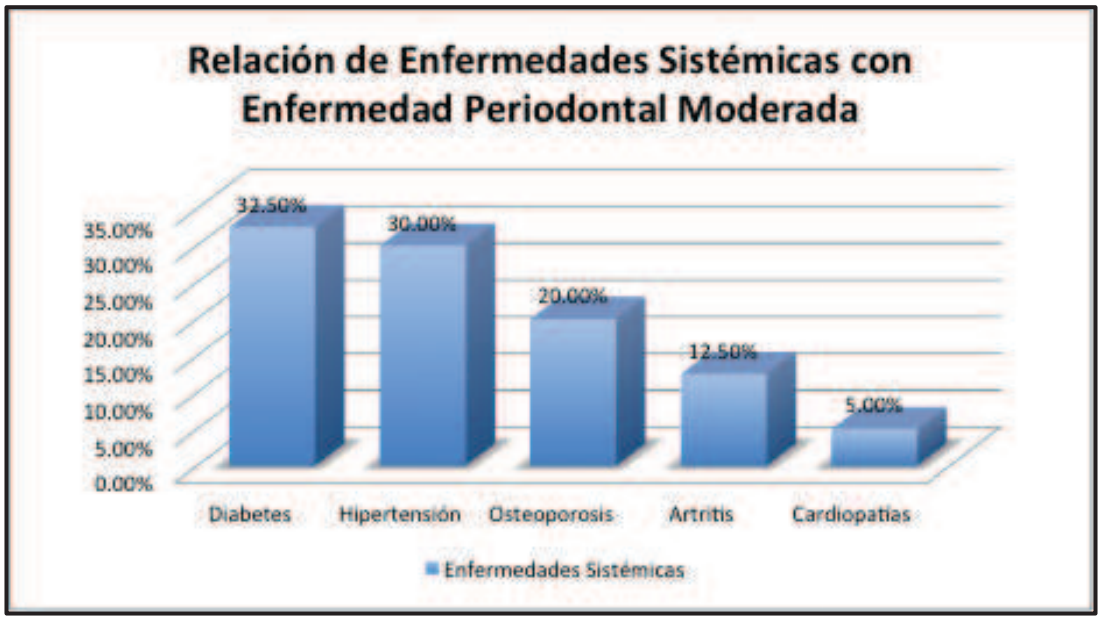

Grafico No. 6 Relación de Enfermedades Sistémicas con Enfermedad Periodontal Moderada.

Fuente: Lourdes Mendoza Macías

Entre los pacientes que padecen de enfermedad periodontal moderada se encontró que la enfermedad sistémica más frecuente es la diabetes con un 32,50% de presencia en los casos estudiados, seguida de las hipertensión con un 30%, luego aparece la osteoporosis con un 20% mientras que la artritis y las cardiopatías completan la lista con el 12,50% y el 5% respectivamente.

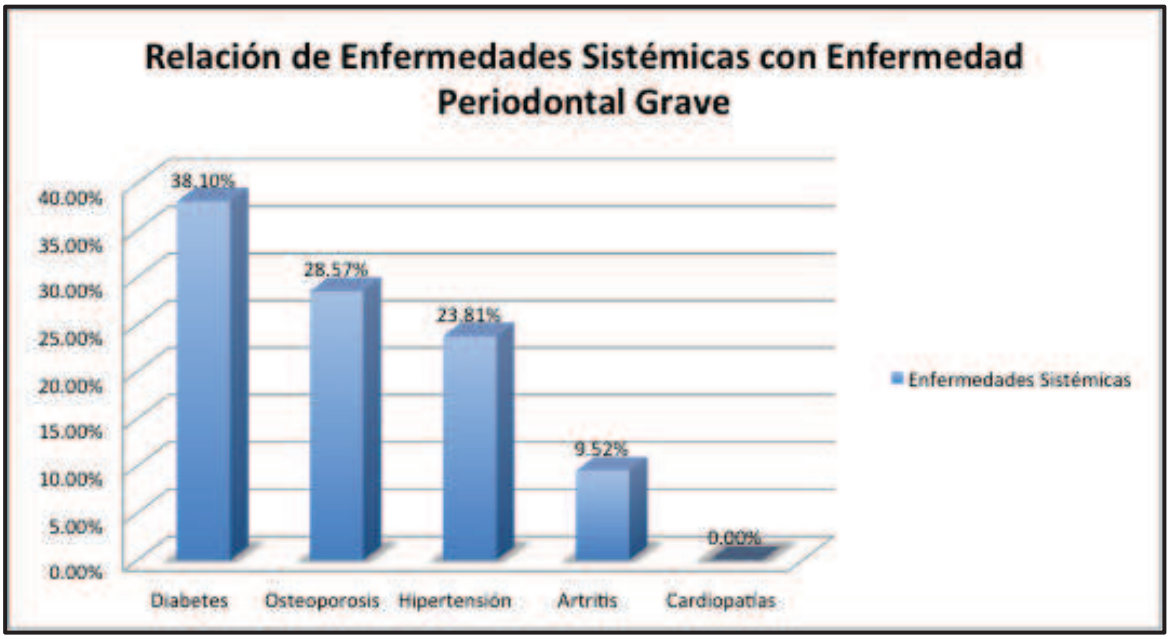

Grafico No. 6 Relación de Enfermedades Sistémicas con Enfermedad Periodontal Grave.

Fuente: Lourdes Mendoza Macías

Los pacientes que padecen periodontitis grave presentan diabetes como su enfermedad sistémica más frecuente con un 38,10% de presencia en los casos de estudio, seguida de la osteoporosis con un 28,57%, después sigue la hipertensión con un 23,81% y completan la distribución de enfermedades la artritis y la cardiopatías con un 9,52% y 0% respectivamente.

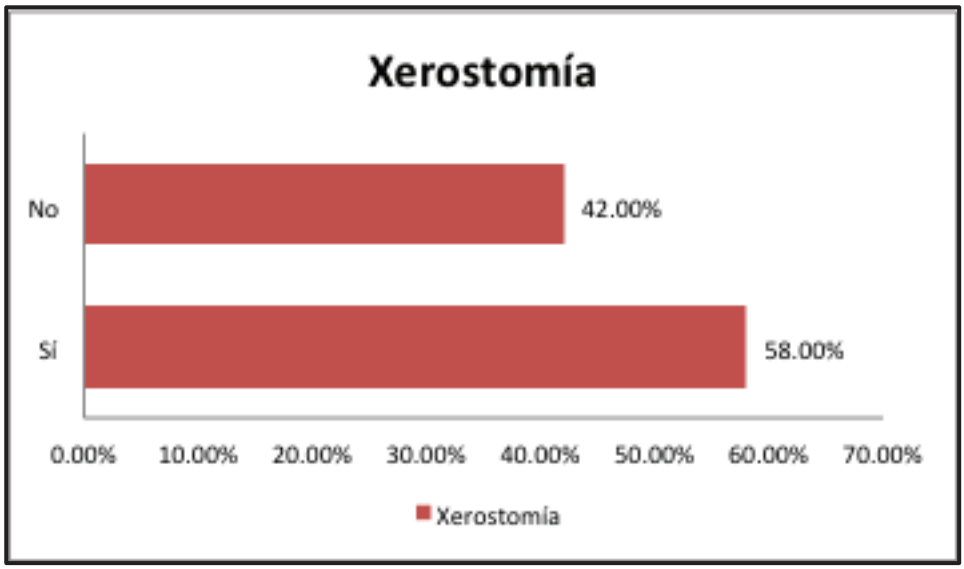

Tabla No. 7 Xerostomía.

Fuente: Lourdes Mendoza Macías

En la gráfica observamos que el 58% de los pacientes atendidos presenta una disminución del flujo salival, mientras que un 42% no presenta la condición de xerostomía.

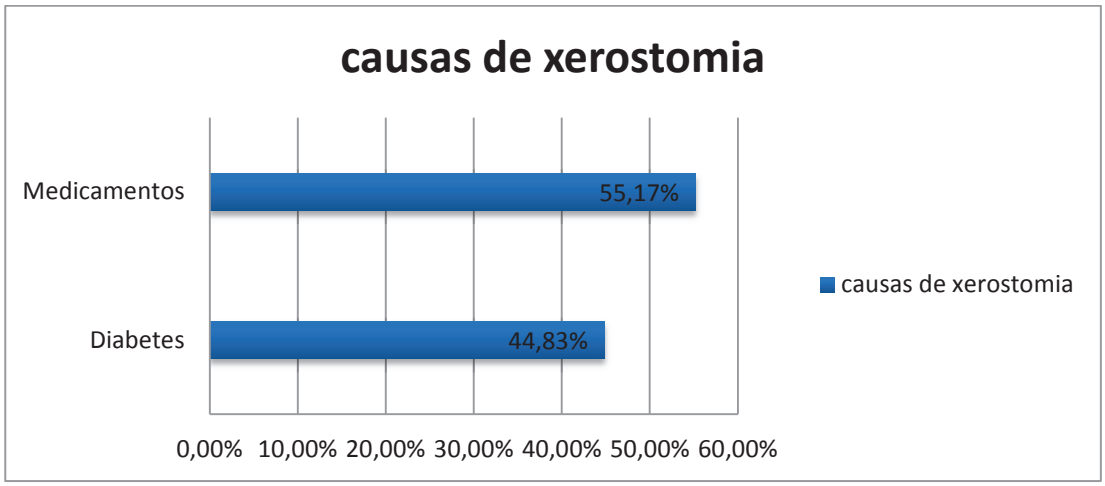

Tabla No. 8 Causas de Xerostomía.

Fuente: Lourdes Mendoza Macías

Podemos observar en este grafico de los pacientes que sí tienen xerostomía existen diversas causas que sean precursoras una disminución salival tales como: la diabetes en un 44,83% el resto por medicamentos con un 51,17% que como efecto secundario producen una hiposalivación.

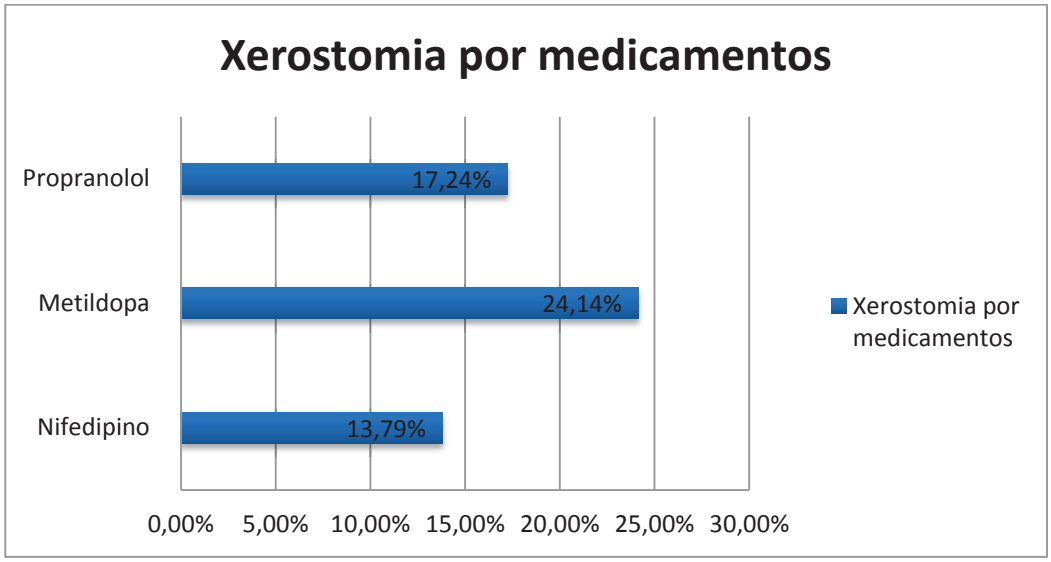

Tabla No. 9 Xerostomía por medicamentos.

Fuente: Lourdes Mendoza Macías

Podemos observar en este grafico de los pacientes que tienen xerostomía por medicamentos existe un cierto porcentaje, con el 24,14% producido por la Metildopa, con el 17,24% por el propranolol y con el 13,79% por el Nifedipino.

CONCLUSIONES

El envejecimiento puede producir cambios en la estructura y funciones de la cavidad bucal, aunque estos varían entre los individuos y pueden o no causar alteraciones en la función. Produce cambios como xerostomia, pérdida del hueso alveolar, dientes afilados, quebradizos y de color amarillo, disminución del gusto, mayor sensibilidad, retardando la cicatrización, lo que precipita la perdida de los dientes.

Se pudo demostrar que existe relación directa entre alteraciones sistémicas y la presencia de cambios bucales en nuestro grupo de estudio, donde los diabéticos aparecen con mayor relevancia. Las alteraciones sistémicas que afectan a la respuesta del huésped, como inmunodeficiencias primarias, se acompañan muy frecuentemente de periodontitis de aparición temprana y si no se tiene un mayor cuidado podría agravarse. La prevención en estos pacientes se convierte en el pilar principal de nuestra labor como odontólogos.

Se pudo mostrar en los resultados, casi todos padecían de una enfermedad sistémica tenían problemas periodontales, mas en pacientes diabéticos e hipertensos ya que fueron las enfermedades que mas padecían los pacientes. Hubo un mayor porcentaje en los pacientes que presentaban xerostomía, la causa mayor fue producida por medicamentes y la segunda causa fue por los que padecían de diabetes. Se pudo estudiar qué medicamentos como el propranolol, la metildopa y el nifedino que son antihipertensivos eran consumidos por los pacientes fueron una de la causa principal en la cual producía xerostomía.

Con todo el estudio realizado el tratamiento interdisciplinario del paciente geriátrico debe reconocerse el papel fundamental del odontólogo, ya que éste forma parte del equipo de tratamiento integral del adulto mayor; por lo tanto, el médico geriatra debe ser capaz de remitir a su paciente con un odontólogo capacitado, así como orientar al paciente hacia las nuevas alternativas del tratamiento odontológico existente.

RECOMENDACIONES

Los pacientes adultos mayores dependientes funcionalmente y con deterioro cognitivo requieren cuidados especiales de sus cuidadores. Es necesario identificar los factores que incrementan los riesgos de problemas bucales, desarrollo de planes de cuidados y descripción y desarrollo de prácticas de higiene bucal para prevenir patologías bucales.

La aplicación de estas estrategias requiere que en el Ecuador, se promueva un cambio organizacional para estas prácticas. Los cuidados preventivos a los adultos mayores consideran y reconocen la fluoruración del agua potable como una medida para prevenir caries dentales. Respecto a beneficios del tipo de cepillo, para dar una mejor protección contra la inflamación de las encías, para recomendar los cepillos eléctricos con acción rotatoria y oscilación en vez del cepillado manual.

La xerostomía es una condición inconfortable para los pacientes que la padecen y para el odontólogo cuando otorga atención dental. Las complicaciones de la xerostomía incluyen las caries dentales, aparición de candidiasis o dificultades para el uso de las prótesis dentales.

Los pacientes tratados con medicamentos cardiovasculares, como Alfa y Beta bloqueadores y antiarrítmicos y otros, pueden inducir distintas reacciones adversas en la boca. Estas reacciones afectan las mucosas, la producción de saliva, y el sentido del gusto. Se investiga la patogenia de estas reacciones, las interacciones con otros medicamentos, la existencia de distintas enfermedades sistémicas, factores genéticos y los estilos de vida de los pacientes geriátricos.

En la prevención de la enfermedad periodontal, existe evidencia de diferentes niveles para recomendar: el cepillado dental; el uso de seda dental en los adultos; no recomendar el uso de cepillo eléctrico para uso de la población general, sí para pacientes con limitaciones; la profilaxis profesional dependiendo del estado de la

enfermedad periodontal; la recomendación de enjuagues de 0,12% de clorhexidina dos veces al día para pacientes que tienen dificultades para limpiar sus dientes; cepillarse los dientes 3 veces al día después de cada comida. Se recomendaría dejar de fumar factor de riesgo que puede perjudicar a la salud general y periodontal, hay que incentivar mas a todas las personas sobre todo a los adultos mayores a llevar un mejor control, charlas educativas y un chequeo al odontólogo cada 6 meses, así se llevaría una mejor calidad de vida.

Las personas con problemas orales, tales como el desdentamiento total o parcial, consumen menos fibras y micronutrientes contenidos en frutas y verduras y, en cambio, consumen mayor cantidad de azúcares y grasas contenidos en alimentos de consistencia blanda. La pérdida de dientes afecta la calidad de los nutrientes consumidos, lo que incrementaría el riesgo de presentar enfermedades sistémicas, por lo tanto se recomiendo tener una dieta saludable.

El concepto de enfermedad periodontal como entidades localizadas que afecta sólo a los dientes y tejidos de soporte está siendo progresivamente cuestionado, ya que la enfermedad periodontal puede producir amplios efectos sistémicos. Mientras que en algunos individuos estos efectos son limitados, en otros, las infecciones periodontales pueden significar impactos en el estado salud general, y pueden servir de indicador de riesgo para ciertas condiciones o enfermedades sistémicas. A su vez, las EP pueden ser más graves o refractarias a tratamiento en pacientes que presentan enfermedades sistémicas como la diabetes.

Hay que motivar al paciente para realizar cuidados en la casa; expectativas con los resultados de la terapia; hábitos y condiciones de riesgo (fumador, bruxismo, alcoholismo y otros); estado periodontal de los dientes remanentes. Tener un mayor cuidado y que se interese en cuidar su salud bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CARRANZA, Newman, Takei, Klokkevold. Periodontología Clínica. Novena Edición.
2. LINDHE, Karring Lang. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4ta Edición. Ediorial Médica Panamericana.
3. Brook. O. 1999 International International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Papers. Annals of periodontology/the American Academy of Periodontology.
4. Bascones AM. Periodoncia clínica e implantología oral.2006.
5. HeitzMayfield LJ. Disease progression: identification of high-risk groups and individuals for periodontitis. J Clin Periodontol. 2005;32 Suppl 6:196-209.
6. PEREZ A. La biopelículas: una visión de la placa dental. Rev. Estomatologica Herediana. Vol. 15. 2005. 82 – 85
7. HOLT, J.; Krieg, N.; Sneath, P.; Staley, J.1994: Bergeys Manual of Determinative Bacteriology. Ninth Edition. Willians&Wilkins. Baltimore, USA.
8. JOKLIK WK, Smith DT, Wheat RW, Willett HP. Desarrollo historico de la microbiologia medica. En: Zinsser Microbiologia. Ed. por Joklik WK, Willett HP y Amos DB. Edición Revolucionaria, La Habana, Cuba. 1984;18-19.
9. TANNER, A Lisgarten , M; Ebersole, J., Strzempko, M. 1986: Bacteroides forsythus sp.nov., a Slow Growing, Fusiform Bacteroides sp. from the Human Oral Cavity.Int. J.Syst. Bacteriol.36(2):213-221.
10. ARMITAGE, G. Classification of periodontal diseases. Ann of Periodontol. 1999.4(1):1-6
11. Beltrán B, Carvajal A, Moreiras O. Factores nutricionales y de estilo de vida asociados a la supervivencia de personas de edad avanzada. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Envejecimiento Saludable. 2005

12. ODONTOGERIATRIA Y GERONDONTOLOGIA, Rosa Hernandez Palacios, Victor Manuel Mendoza, Irma Adela Martínez, Lucia Morales Mancera.
13. FERNNANDEZ MORALES, gerodontologia, editorial 2011
14. Valdez I y Fox P. Diagnosis and management of salivary dysfunction. Oral Biol and Med 2005; 4: 271-277.
15. Fong Estrada JA. Envejecimiento. En: Consejos útiles para ancianos y sus familiares. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2006.p.15-7.
16. Sanz-Sánchez I, Bascones-Martínez A. *enfermedades periodontales. I: Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas.* Av Periodon Implantol. 2008; 20, 1: 59-66.
17. Jordan RC. Diagnosis of periodontal manifestations of systemic diseases. Periodontology 2000. 2004;34:217-29.
18. *Hernández de Ramos M. Rehabilitación Oral para el paciente geriátrico. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia. 2001.*
19. Castro V, Gómez DH, Negrete SJ, Tapía CR. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Pública de México, 1996;38(6):438-46
20. Quasso L SC, Pavesi L, Calzavara Mantovani D, Perea García MA, Bascones Martínez A. Complicaciones periodontales en edad pediátrica. Avances en Periodoncia. 2005 aug;17
21. Joshipura KJ, Rimm EB, Douglass CW, Trichopolous D, Ascherio A, Willet WC. Poor oral health and coronary heart disease.*J Dent Res* 2005.
22. *Durruty P, García de los Ríos M. Bioquímica y Fisiopatología de la Diabetes Mellitus. En: García de los Ríos M. Diabetes Mellitus. Arancibia Hnos.Santiago de Chile 1992, 56-70.*
23. TONETTI, M. Treatment of periodontitis and endothelial function. N England J Med, 2007, 356: 911- 920.
24. Bollen A., Kiyak, H., Powell L & Persson R. (2005). Osteoporosis and tooth loss: a Pilot Cohort Study. J Dent Res (Abstract), 73.

25. TOMAR, S. Smoking attributable periodontitis in the United States: Findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. J Period, 2005; 71, 743- 751.
26. WALKER, Clay. (1996) Selected antimicrobial agents: mechanism of action, side effects and drug interactions. Periodontology 2000. 10: 79-88
27. Cárdenas Sotelo O de. Manual de procedimientos. Programa educacional para un grupo de la tercera edad. Campaña de educación para la salud bucodental (CESD), 2005
28. Rivera B Ruiz. La Gerontología en los servicios locales de salud. Caracas. OPS/OMS.2006
29. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 81–92. Blackwell Munksgaard, 2005
30. Marilia Hernandez de Ramos, rehabilitación oral para el paciente geriátrico.

ANEXOS

FICHA CLÍNICA # 1

Nombre del paciente: Antonio López

Paciente de sexo masculino de 67 años de edad, con C.I 130512872-8 presenta los antecedentes médicos y verificar que este en tratamiento o controlado para poder tratarse con el odontólogo.

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Metildopa para la hipertensión.

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? si
¿Cuál fue/es la medicación? Calcibon
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: hernia, hace 6 años
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce * masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace meses
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace meses
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? hace tiempo
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Una vez realizada la historia clínica con todos los antecedentes médicos del paciente, se podrá seguir con el tratamiento en este caso periodontal. Procedimos con el Periodontograma, utilizando la sonda periodontal evaluamos la profundidad de sondaje, la pérdida de inserción y determinamos si hay hemorragia. Se analizara si hay movilidad y presencia de furca en cada diente.

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20	0-20	0-20	000		111	101	101	111	211	000	-222	-2-3-2	-244	
P.S.		333	323	333	322		222	222	222	222	232	323	232	323	222	
NI		353	343	353	322		111	121	121	111	325	323	432	555	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000		-2-2-2	-2-2-2	0-2-2	-2-2-2	-1-1-1	101	101	00-2	202	
P.S.		232	333	233	222		232	333	223	323	222	333	323	333	344	
NI		131	222	132	222		454	555	245	545	333	232	222	335	142	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-2-2-2	-2-2-2	0-22	000	-2-2-2	-2-2-3	-4-4-4	-4-4-4	-4-4-4	-3-3-3	-222	000	-2-20		
P.S.		323	443	333	232	233	323	233	333	323	333	333	333	323		
NI		545	665	355	232	455	546	677	777	767	666	511	333	543		
Mov																
Furca														3		
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen			-4-4-4	000	0-30	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-2-2-2	-202	-202	-20-2		
P.S.			223	333	232	333	232	323	232	323	333	323	344	433		
NI			667	333	262	335	565	556	565	646	555	525	544	535		
Mov																
Furca																

Periodontograma

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Una vez hecho el Periodontograma utilizamos una sustancia reveladora de placa, procedimos con el raspado y alisado para remover placa y calculo de la superficie utilizando curetas.

Figura No.1 Vista Frontal

Con ayuda de la sonda verificamos la presencia de bolsa, realizando el curetaje.

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Una vez terminado el tratamiento observamos que no hay presencia de cálculo, las encías no están enrojecidas ni inflamadas.

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 2

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: Tania Zambrano

Paciente de sexo femenino de 65 años de edad, con C.I 130082872-3 presenta los antecedentes médicos y verificar que este en tratamiento o controlado para poder tratarse con el odontólogo.

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis *	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? Si
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 8 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Una vez realizada la historia clínica con todos los antecedentes médicos del paciente, se podrá seguir con el tratamiento en este caso periodontal. Procedimos con el Periodontograma, utilizando la sonda periodontal evaluamos la profundidad de sondaje, la pérdida de inserción y determinamos si hay hemorragia. Se analizara si hay movilidad y presencia de furca en cada diente.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen				000	000						000	000	000			
P.S.				323	222						222	222	333			
NI				323	222						222	222	333			
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen				000	000						000	-1-1-1	000			
P.S.				333	323						333	222	323			
NI				333	323						333	333	323			
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				-1-1-1	000	000	-1-1-1	-1-1-1	-1-1-1	000	000	-2-2-2				
P.S.				222	323	323	223	323	223	322	232	333				
NI				333	323	323	334	434	334	322	232	555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				-2-2-2	-1-1-1	-3-3-3	-3-3-3	-1-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000				
P.S.				222	223	232	323	223	232	323	332	323				
NI				444	334	565	323	423	565	646	664	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Una vez hecho el Periodontograma utilizamos una sustancia reveladora de placa, procedimos con el raspado y alisado para remover placa y calculo de la superficie utilizando curetas.

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Una vez terminado el tratamiento observamos que no hay presencia de cálculo, las encías no están enrojecidas ni inflamadas.

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 3

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 27-enero

Nombre del paciente: María Pastora Calderón C.I 130223566-6
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-4-marzo-1945, 67 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? no
Que medicamento está tomando y por qué?

- Glucofagen para la diabetes.

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: cesaría hace 40 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo? Nunca
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce * masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20		0-20	000	-200	111	000	000	111	211	000	-222		000	
P.S.		333		333	322	222	222	222	222	222	232	323	232		222	
NI		353		353	322	422	111	222	222	111	325	323	432		222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101		101	000	323	000	000	000	000	000	101	101		101	
P.S.		232		233	222	222	222	223	222	222	322	333	323		333	
NI		131		132	222	222	222	223	222	222	322	232	222		232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	000	000	000	000	000	000	000	000	000			
P.S.				333	232	323	222	222	222	233	323	333	323			
NI				333	232	323	222	222	222	233	323	333	323			
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	0-20	00-2	000	-2-3-3	-3-3-3	-2-2-2	-2-2-2	-202	-202			
P.S.				333	232	333	232	323	232	323	333	323	344			
NI				333	252	335	232	556	565	545	555	525	544			
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 4

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 2-feb

Nombre del paciente: Alfredo cruz C.I 130229604-9
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-4-abril-1946, 68 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Comerciante Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Soltero

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 años, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? no
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis *	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 6 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Prótesis parcial superior removible

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen						-2-2-2					-1-1-1		000	000	000	
P.S.						333					333		333	222	223	
NI						555					444		333	222	223	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen						-2-2-2					-1-1-1		000	000	000	
P.S.						333					222		323	333	323	
NI						555					333		323	333	323	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen						-4-4-4	-1-1-1	-1-1-1	-2-2-2	000	000	-2-2-2				
P.S.						222	223	323	223	322	232	333				
NI						666	334	434	445	322	232	555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen						000	000	-1-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000				
P.S.						232	323	223	232	323	332	323				
NI						232	323	423	565	646	664	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 5

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 3-feb

Nombre del paciente: Carla Solórzano C.I 130727405-1
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-9-enero-1946, 66 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: modista Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 año, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- No se acuerda

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón *	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: Quiste en el útero hace 20 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo? No
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace tiempo
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace tiempo
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? si ¿Desde hace cuanto tiempo? Hace tiempo
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-1-1-1				000	000	000		-1-1-1			000	000	
P.S.			233				222	223	222		333			222	223	
NI			344				222	223	222		444			222	223	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-2-2-2				000	000	000		-1-1-1			000	000	
P.S.			333				222	222	222		222			333	323	
NI			555				222	222	222		333			333	323	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-1-1-1	000	-1-1-1	-1-1-1	000	000	000	-2-2-2				
P.S.					222	222	223	323	223	322	232	333				
NI					333	222	334	434	223	322	232	555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-2-2-2	000	000	-1-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000				
P.S.					222	232	323	223	232	323	332	323				
NI					444	232	323	423	565	646	664	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 6

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 1-feb

Nombre del paciente: Viviana Becerra C.I 130274944-3
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-3-abril-1945, 67 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Glucofagen para la diabetes-metildopa

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta*	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: cesaría hace 30 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace meses
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Prótesis Total superior

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	-2-2-2	-2-2-2	-2-20	000	000	-2-42	20-2			
P.S.					323	323	223	323	223	322	232	333	323			
NI					323	323	445	545	443	322	232	353	125			
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-1-1-1	000	000	-2-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000	20-2			
P.S.					223	232	323	223	232	323	332	323	232			
NI					334	232	323	423	565	646	664	323	034			
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 7

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 3-feb

Nombre del paciente: Andes Benigno Santana C.I 09413456-8
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-9-febrero, 67 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 año, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Epamin para la epilepsia

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia *	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón *	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: Quiste en el útero hace 20 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo? No
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace tiempo
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace tiempo
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? si ¿Desde hace cuanto tiempo? Hace tiempo
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Superior parcial removible

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-1-1-1				000							000	000	
P.S.			233				222							222	223	
NI			344				222							222	223	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-2-2-2				000							000	000	
P.S.			333				222							333	323	
NI			555				222							333	323	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-1-1-1	000	-1-1-1	-1-1-1	000	000		-2-2-2				
P.S.					222	222	223	323	223	322		333				
NI					333	222	334	434	223	322		555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-2-2-2	000	000	-1-1-1	-3-3-3	-3-2-3		000				
P.S.					222	232	323	223	232	323		323				
NI					444	232	323	423	565	646		323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 8

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 3-feb

Nombre del paciente: Casia Mejía C.I 0900574094-0
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-22-enero, 67 años
Domicilio: Guayaquil Teléfono: no tiene
Ocupación: ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: soltera

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 mes, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- glucofagen

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta*	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: Quiste en el útero hace 20 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? hace mucho
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace tiempo
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace tiempo
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? hace tiempo
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Superior parcial removible

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		000									-1-1-1			-1-1-1		
P.S.		333									333			222		
NI		333									444			333		
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		000									-1-1-1			000		
P.S.		232									222			333		
NI		232									333			333		
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.					222	222	223	323	223	322	232	333				
NI					222	222	223	323	223	322	232	333				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.					222	232	323	223	232	323	332	323				
NI					222	232	323	223	232	323	332	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 9

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 4-feb

Nombre del paciente: Paula Herrera C.I 090266385-5
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-28-marzo-36, 75 años
Domicilio: Guayaquil Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: Soltera

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis *	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? Si
¿Cuál fue/es la medicación? Calcibon
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? N0 ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? No, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? NO ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 1 año.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		202	111	111	101	0-20	101	102	101	101	00-2	000	000	000	000	
P.S.		323	323	323	323	323	222	222	222	223	323	323	232	434	222	
NI		121	212	211	222	343	121	120	121	122	325	323	232	434	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101	-2-2-2	101	
P.S.		232	333	233	222	222	222	232	232	222	322	333	323	444	333	
NI		131	222	132	222	222	222	232	323	222	322	232	222	666	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen	111			000	0-30	000	-2-2-2	22-3	000	-2-2-1	000	0-30	000		000	
P.S.	232			333	232	323	222	222	232	233	323	333	333		222	
NI	121			333	262	323	440	045	232	454	323	363	333		222	
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen	000			000	000	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	000	-2-2-2	-202	-202		000	
P.S.	333			333	232	333	232	323	232	232	333	323	344		222	
NI	333			333	232	335	565	556	565	232	555	525	544		222	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 10

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 4-feb

Nombre del paciente: León Calderón C.I 0906418555-3
Fecha y lugar de nacimiento: 1-marzo, 65 años
Domicilio: Guayaquil Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- propranolol

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? No
¿Cuál fue/es la medicación? No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? N0 ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? NO ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 1 año.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		202	111	111	101	0-20	101	102	101	101	00-2	000	000	000	000	
P.S.		323	323	323	323	323	222	222	222	223	323	323	232	434	222	
NI		121	212	211	222	343	121	120	121	122	325	323	232	434	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101	-2-2-2	101	
P.S.		232	333	233	222	222	222	232	232	222	322	333	323	444	333	
NI		131	222	132	222	222	222	232	323	222	322	232	222	666	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	0-30	000	-2-2-2	22-3	000	-2-2-1	000	0-30	000			
P.S.				333	232	323	222	222	232	233	323	333	333			
NI				333	262	323	440	045	232	454	323	363	333			
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	000	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	000	-2-2-2	-202	-202			
P.S.				333	232	333	232	323	232	232	333	323	344			
NI				333	232	335	565	556	565	232	555	525	544			
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

L

FICHA CLÍNICA # 11

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero

Nombre del paciente: José Manuel Velásquez C.I 130234887-3
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-14-feb-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: taxi Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? SI
Que medicamento está tomando y por qué?

- Valsartan para el tratamiento

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-No
¿Cuál fue/es la medicación?- No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? SI
¿Lo han operado alguna vez? NO, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? NO
Tiene ahora dolor en su boca? NO
Están sensibles sus dientes al: frío NO calor NO dulce NO masticar NO
Ha notado su encía hinchada? NO
Sangran sus encías al cepillarse? SI
Tiene mal sabor en su boca? SI ¿Desde hace cuánto tiempo? 2 años
Tiene mal olor en su boca? SI ¿Desde cuánto tiempo? 2 años
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? NO
Utiliza enjuague bucal? NO ¿cuál? NO
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		-4-4-4	-24-4	222		000	001	100	0-10	000	000					111
P.S.		322	232	333		222	222	222	332	222	222					343
NI		766	676	111		222	221	122	342	222	222					232
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101		323	000	000	000	000	000					101
P.S.		232	333	233		222	222	232	232	222	322					344
NI		131	222	132		222	222	232	323	222	322					234
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		000	-4-4-4	000	0-30	000	-2-2-2	22-3	2-6-3	-2-2-1	000	000	000	000	000	
P.S.		323	223	333	232	323	222	222	232	233	323	232	333	322	333	
NI		323	667	333	262	323	440	045	495	454	323	232	333	322	333	
Mov																
Furca		2												1		
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-20-2	-4-4-4	000	0-30	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-2-2-2	-202	0-20	000	000	
P.S.		333	223	333	232	333	232	323	232	323	333	323	232	333	333	
NI		535	667	333	262	335	565	556	565	646	555	525	252	333	333	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 12

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero

Nombre del paciente: Sofía Calderón Rendón C.I 13274943-5
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-30-sept-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: ama de casa Teléfono oficina: no tiene Celular: 093289744
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? SI
Que medicamento está tomando y por qué?

- glucofagen para el tratamiento

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-No
¿Cuál fue/es la medicación?- No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? Si, hambre
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: apéndice y vesícula hace 30 anos
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo? No.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío No calor No dulce No masticar No
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? SI ¿Desde hace cuánto tiempo? 3 años
Tiene mal olor en su boca? SI ¿Desde cuánto tiempo? 3 años
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? 1 año
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? si
Que tipo de prótesis usa? Acrílico, superior parcial.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen	000	0-20														
P.S.	333	343														
NI	333	363														
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen	000	000														
P.S.	333	333														
NI	333	333														
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	000	000	0-20	-2-2-2	-2-2-2	0-20	000	000				
P.S.				322	323	323	222	333	222	322	333	333				
NI				322	323	323	242	555	444	342	333	353				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen							-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000				
P.S.							232	323	232	323	332	323				
NI							565	556	565	646	664	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 13

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero

Nombre del paciente: Esbelida Ligia Alcívar C.I 130321255-7
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-7-oct-1946, 65 años
Domicilio: Fundación Teléfono: no tiene
Ocupación: ama de casa Teléfono oficina: no tiene Celular: 086762318
Estado civil: Soltera

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Nifedipino para el tratamiento

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-No
¿Cuál fue/es la medicación?- No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? Si ¿A que? AINES
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? Si, hambre
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 anos.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío Si calor No dulce No masticar No
Ha notado su encía hinchada? Si
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? SI ¿Desde hace cuánto tiempo? 3 anos
Tiene mal olor en su boca? SI ¿Desde cuánto tiempo? 3 anos
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? 1 año
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? si
Que tipo de prótesis usa? Acrílico, superior parcial.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		-3-4-3														
P.S.		343														
NI		686														
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		-3-3-3														
P.S.		344														
NI		677														
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				0-20		000	0-20	-2-2-2	-2-2-2	0-20	000					
P.S.				222		333	222	333	222	322	333					
NI				242		333	242	555	444	342	333					
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000		-2-22	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-33-2					
P.S.				233		223	232	323	232	323	332					
NI				233		445	565	556	565	646	664					
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

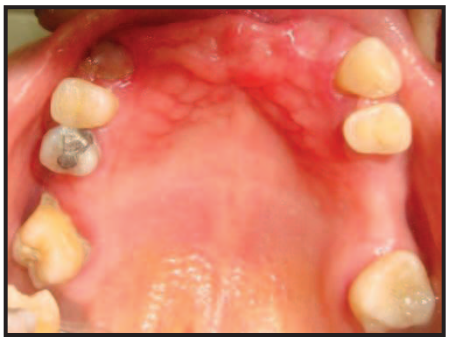

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 14

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero

Nombre del paciente: Betty del quinche torres C.I 130649354-3
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-17-feb-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: ama de casa Teléfono oficina: no tiene Celular: No
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 semana, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-No
¿Cuál fue/es la medicación? No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? Si
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo?
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío No calor No dulce No masticar No
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? SI ¿Desde hace cuánto tiempo? 1 año
Tiene mal olor en su boca? SI ¿Desde cuánto tiempo? 1 año
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? 1 mes
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? Si, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20	000	000	000	000	-2-20	0-20	0-20		000	000	000	000	000	
P.S.		222	223	233	322	322	222	222	222		322	323	222	333	222	
NI		242	223	233	322	322	422	242	242		322	323	222	333	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000	323	000	000	000		000	101	101	000	00	
P.S.		232	333	233	222	222	222	232	232		322	333	323	333	233	
NI		131	222	132	222	222	222	232	323		322	232	222	333	233	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		000		000	000	000	000	000	000	000	000	0-30	000		-240	
P.S.		323		333	232	323	222	222	222	233	323	333	333		333	
NI		323		333	232	323	222	222	222	233	323	363	333		232	
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-20-2		000	0-30	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-2-2-2	-202	-202		0-20	
P.S.		333		333	232	333	232	323	232	323	333	323	344		323	
NI		535		333	262	335	565	556	565	646	555	525	544		343	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 15

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero

Nombre del paciente: Marcos Zonobrio Saltos C.I 130139826-7
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-19-mayo-1947, 66 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: profesor Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- glucosid para el tratamiento, arado.

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-No
¿Cuál fue/es la medicación?- No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? Si, sed
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? no ¿De que y hace cuanto tiempo: no
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 1 año.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor * dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo?
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo?
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? si
Que tipo de prótesis usa? Acrílico, superior parcial.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen						-2-4-2					000				-2-2-2	
P.S.						232					232				323	
NI						474					232				545	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen						-2-2-2					-2-2-2				-2-4-2	
P.S.						323					323				323	
NI						545					545				565	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-2-2-2		-2-4-2	-2-3-2	000	-2-2-2	-2-2-2	-2-20	000	000	-2-42	-4-6-2			
P.S.		433		233	323	323	223	323	223	322	232	333	332			
NI		655		475	555	323	445	545	443	322	232	353	794			
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-2-2-2		-2-4-2	-2-2-2	1-21	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000	212			
P.S.		232		333	333	333	232	323	232	323	332	323	323			
NI		454		575	575	252	565	556	565	646	664	323	111			
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 16

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 26-enero

Nombre del paciente: Guido Cedeño Loor C.I 130670530-0
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-15-agosto-1947, 66 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: trabajador Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Soltero

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 6 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? no
Que medicamento está tomando y por qué?

- Glucofagen para la diabetes.

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: hernia, hace 6 años
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Superior removible parcial, acrílica

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20	0-20	0-20	000	-200	111			111	211	000	-222	000	000	
P.S.		333	323	333	322	222	222			222	232	323	232	232	222	
NI		353	343	353	322	422	111			111	325	323	432	232	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000	323	000			000	000	101	101	00-2	101	
P.S.		232	333	233	222	222	222			222	322	333	323	333	333	
NI		131	222	132	222	222	222			222	322	232	222	335	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen			000	000	000	000	000	000	000	000	000	000		-2-20	-240	
P.S.			223	333	232	323	222	222	222	233	323	333		323	333	
NI			223	333	232	323	222	222	222	233	323	333		543	232	
Mov																
Furca														1		
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen			000	000	0-20	00-2	000	-2-3-3	-3-3-3	-2-2-2	-2-2-2	-202	-202		000	
P.S.			223	333	232	333	232	323	232	323	333	323	344		334	
NI			223	333	252	335	232	556	565	545	555	525	544		334	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 17

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 1-feb

Nombre del paciente: Aníbal Welhinton Zambrano C.I 130036400-5
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-6-julio-1941, 70 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Soltero

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Nifedipino para el tratamiento.

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: vesícula hace 4 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 20 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? Mucho tiempo
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? si
Que tipo de prótesis usa? Acrílico, p. completa superior y parcial inferior.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen						-2-2-2	-2-2-2	-2-2-2	-2-20	-2-2-2	-10-10-10					
P.S.						323	223	323	223	322	222					
NI						545	445	545	443	544	121212					
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen						1-21	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-33-2					
P.S.						333	232	323	232	323	332					
NI						252	565	556	565	646	664					
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 18

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 2-feb

Nombre del paciente: Juan Manuel Zambrano C.I 130162840-2
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-10-oct-1947, 67 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Comerciante Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Tenormin y propranolol para la hipertensión

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? Hace mucho
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Prótesis Total superior

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-1-1-1	-1-1-1									000	000	000	
P.S.			323	323									333	222	223	
NI			434	434									333	222	223	
Mov				II												
Furca				2												
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-2-4-2	000									000	000	000	
P.S.			323	333									323	333	323	
NI			565	333									323	333	323	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	-1-1-1	-1-1-1	-2-2-2	000	000	-2-2-2				
P.S.					323	323	223	323	223	322	232	333				
NI					323	323	334	434	445	322	232	555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-1-1-1	000	000	-1-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000				
P.S.					223	232	323	223	232	323	332	323				
NI					334	232	323	423	565	646	664	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 19

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 2-feb

Nombre del paciente: Wilfrido Serafín Castro C.I 130012149-6
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-6-mayo, 68 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 mes, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Propranolol-meformina para la presión

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: accidente en las piernas
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? Si ¿Por qué? Cuando fue operado
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 5 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? Prótesis fija

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20	000	0-20	000		111		000	000	211	000	-222	-1-1-1		
P.S.		333	322	333	322		222		222	232	232	323	232	232		
NI		353	322	353	322		111		222	232	325	323	432	343		
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	000	101	000		000		000	000	000	101	101	000		
P.S.		232	222	233	222		222		222	232	322	333	323	222		
NI		131	222	132	222		222		222	232	322	232	222	222		
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000		000	000	000	000	000	000					
P.S.				333		323	222	222	222	233	323					
NI				333		323	222	222	222	233	323					
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000		00-2	000	-2-3-3	-3-3-3	-2-2-2	-2-2-2					
P.S.				333		333	232	323	232	323	333					
NI				333		335	232	556	565	545	555					
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 20

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 2-feb

Nombre del paciente: Juan Ramón Hormaza C.I 130071682-4
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-23-junio-1946, 66 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Comerciante Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Soltero

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? no
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis *	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace tiempo
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace tiempo
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? Hace mucho
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Prótesis parcial superior e inferior

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-6-6-6	-4-4-4	-2-2-2	-1-1-1								-2-2-2		
P.S.			323	323	233	333								222		
NI			434	434	455	444								444		
Mov																
Furca			2													
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-2-4-2	000	-1-1-1	000								-2-2-2		
P.S.			323	333	222	222								333		
NI			565	333	333	222								555		
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen											000	-2-2-2				
P.S.											232	333				
NI											232	555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen											-33-2	000				
P.S.											332	323				
NI											664	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 21

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero

Nombre del paciente: Dolores Auxilia Solórzano C.I 1301333305-8
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-19-sept-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Ama de casa Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: Casada Nombre del cónyuge: Francisco Montesdioca

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 7 días, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? SI
Que medicamento está tomando y por qué?

- Propanol, cardio aspirina, glucofagen para el tratamiento

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? NO
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-NO
¿Cuál fue/es la medicación?- NO
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? SI ¿Cuál? Cardio aspirina
¿Es alérgico? NO ¿A que? NO
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? NO
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? NO
¿Padece hambre o sed desesperada? Sed desesperada
¿Orina con mucha frecuencia? SI
¿Lo han operado alguna vez? NO, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: NO
¿Ha tenido tumores? NO ¿Dónde? NO
¿Ha recibido radio o quimioterapia? NO
¿Toma anticonceptivos? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
¿Está en la menopausia? NO
¿Está bajo tratamiento hormonal? NO ¿Por qué? NO
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: NO
¿Alguna vez ha recibido sangre? NO ¿Por qué? NO

¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? NO
¿Fuma Ud.? NO ¿Cuánto diariamente? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? NO ¿cada cuanto? NO

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 3 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? NO
Tiene ahora dolor en su boca? NO
Están sensibles sus dientes al: frío NO calor NO dulce NO masticar NO
Ha notado su encía hinchada? NO
Sangran sus encías al cepillarse? A VECES
Tiene mal sabor en su boca? SI, amargo ¿Desde hace cuánto tiempo? 3 años
Tiene mal olor en su boca? NO ¿Desde cuánto tiempo? NO
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún oto elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? NO
Utiliza enjuague bucal? NO ¿cuál? NO
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
Tiene resequedad bucal? SI ¿Desde hace cuanto tiempo? 1 ANO
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? SI
Que tipo de prótesis usa? Acrílica, superior completa e inferior parcial.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen							-2-2-2	22-3	2-6-3	-2-2-1						
P.S.							222	222	232	233						
NI							440	045	495	454						
Mov									II							
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen							-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3						
P.S.							232	323	232	323						
NI							565	556	565	646						
Mov									II							
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

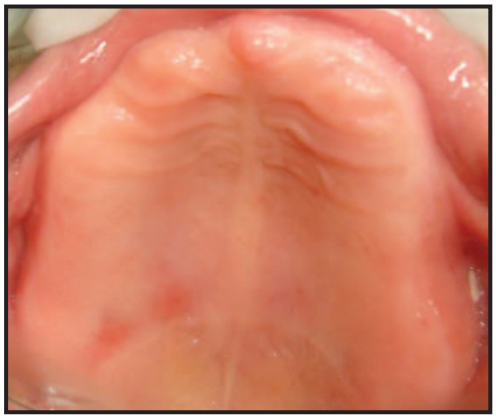

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

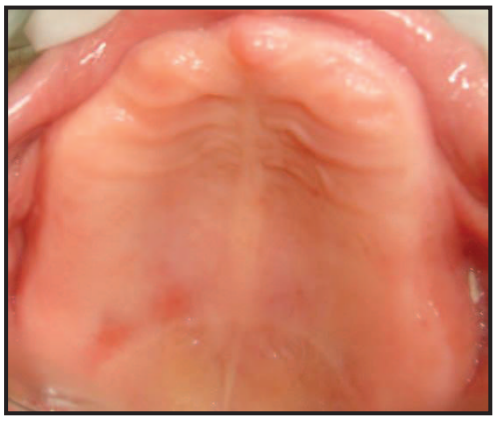

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 22

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero

Nombre del paciente: Edgar García Ganchoso C.I 130234887-3
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-14-sept-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Profesor Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: Divorciado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 mes, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? SI
Que medicamento está tomando y por qué?

- Glucofagen para el tratamiento

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? NO
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-NO
¿Cuál fue/es la medicación?- NO
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? SI ¿Cuál? Cardio aspirina
¿Es alérgico? NO ¿A que? NO
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? NO
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? NO
¿Padece hambre o sed desesperada? Sed desesperada
¿Orina con mucha frecuencia? SI
¿Lo han operado alguna vez? NO, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: NO
¿Ha tenido tumores? NO ¿Dónde? NO
¿Ha recibido radio o quimioterapia? NO
¿Toma anticonceptivos? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
¿Está en la menopausia? NO
¿Está bajo tratamiento hormonal? NO ¿Por qué? NO
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: NO
¿Alguna vez ha recibido sangre? NO ¿Por qué? NO
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? NO
¿Fuma Ud.? NO ¿Cuánto diariamente? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? NO ¿cada cuanto? NO

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? NO
Tiene ahora dolor en su boca? NO
Están sensibles sus dientes al: frío NO calor NO dulce NO masticar NO
Ha notado su encía hinchada? NO
Sangran sus encías al cepillarse? SI
Tiene mal sabor en su boca? SI, amargo ¿Desde hace cuánto tiempo? 3 años
Tiene mal olor en su boca? SI ¿Desde cuánto tiempo? 3 años
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? NO
Utiliza enjuague bucal? NO ¿cuál? NO
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
Tiene resequedad bucal? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? NO
Que tipo de prótesis usa? NO

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen	212	202	111	111	101	0-20	101	102	101	101	00-2	000	000		000	
P.S.	323	323	323	323	323	323	222	222	222	223	323	323	232		222	
NI	111	121	212	211	222	343	121	120	121	122	325	323	232		222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen	101	101	111	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101		101	
P.S.	223	232	333	233	222	222	222	232	232	222	322	333	323		333	
NI	122	131	222	132	222	222	222	232	323	222	322	232	222		232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen	000	000	-4-4-4	000	0-30	000	-2-2-2	22-3	2-6-3	-2-2-1	000	0-30	000	-5-6-8		000
P.S.	323	323	223	333	232	323	222	222	232	233	323	333	333	332		434
NI	323	323	667	333	262	323	440	045	495	454	323	363	333	8910		434
Mov																
Furca		2												1		
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen	-202	-20-2	-4-4-4	000	0-30	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-2-2-2	-202	-202	-20-2		-202
P.S.	333	333	223	333	232	333	232	323	232	323	333	323	344	433		343
NI	535	535	667	333	262	335	565	556	565	646	555	525	544	535		545
Mov																
Furca		1														

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 23

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero

Nombre del paciente: Victoria Ramírez C.I 1301333305-8
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-19-nov-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Ama de casa Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: soltera Nombre del cónyuge:

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? SI
Que medicamento está tomando y por qué?

- glucofagen para el tratamiento

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis *	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? NO
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-NO
¿Cuál fue/es la medicación?- NO
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? NO ¿Cuál? NO
¿Es alérgico? NO ¿A que? NO
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? NO
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? NO
¿Padece hambre o sed desesperada? Sed desesperada
¿Orina con mucha frecuencia? SI
¿Lo han operado alguna vez? SI, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: APENDICE
¿Ha tenido tumores? NO ¿Dónde? NO
¿Ha recibido radio o quimioterapia? NO
¿Toma anticonceptivos? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
¿Está en la menopausia? NO
¿Está bajo tratamiento hormonal? NO ¿Por qué? NO
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: NO
¿Alguna vez ha recibido sangre? NO ¿Por qué? NO

¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? NO
¿Fuma Ud.? NO ¿Cuánto diariamente? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? NO ¿cada cuanto? NO

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 3 años.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? NO
Tiene ahora dolor en su boca? NO
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? NO
Sangran sus encías al cepillarse? A VECES
Tiene mal sabor en su boca? SI, amargo ¿Desde hace cuánto tiempo? 3 años
Tiene mal olor en su boca? NO ¿Desde cuánto tiempo? NO
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? NO
Utiliza enjuague bucal? NO ¿cuál? NO
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
Tiene resequedad bucal? SI ¿Desde hace cuanto tiempo? 6 meses
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? SI
Que tipo de prótesis usa? Acrílica, superior completa.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-2-3-2	-2-2-2								-8-8-6	-6-6-6	-4-4-4	-4-4-4	-4-3-2	
P.S.		223	223								233	232	332	332	232	
NI		455	445								999	898	776	776	664	
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-20-2	-2-2-2								-2-2-2	0-2-2	-2-2-2	-2-2-2	-3-3-3	
P.S.		222	223								322	232	233	322	323	
NI		424	445								544	345	455	544	656	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

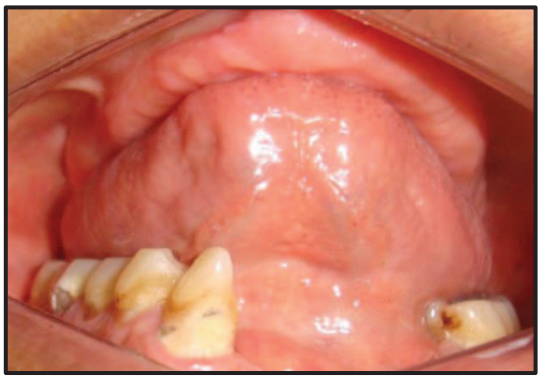

Figura No.1 Vista Frontal

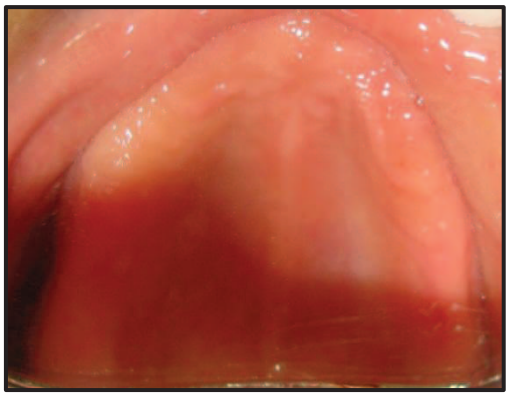

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

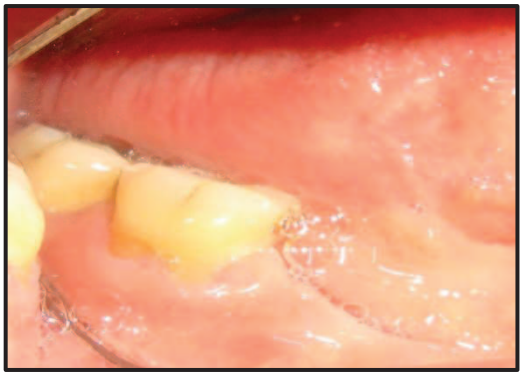

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

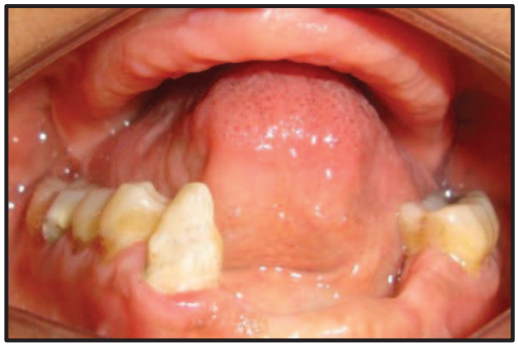

Figura No.1 Vista Frontal

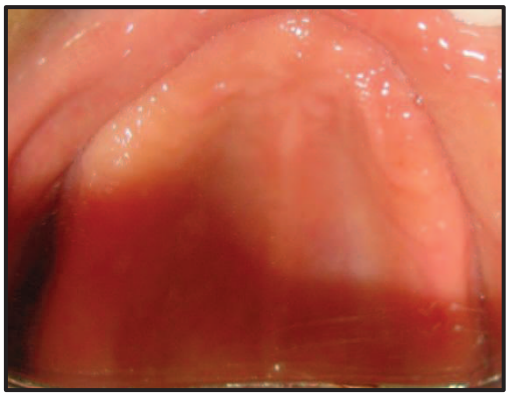

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

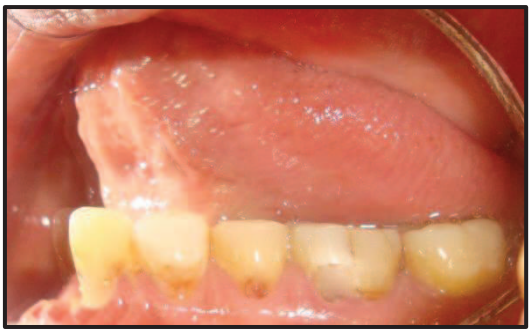

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

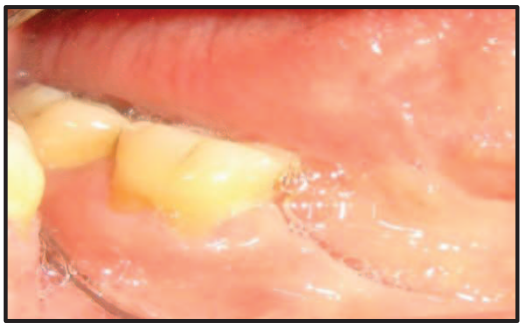

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 24

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero

Nombre del paciente: Ángela López Álava C.I 13231745-6
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-2-agosto-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: profesora Teléfono oficina: no tiene Celular: 086608868
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis *	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-No
¿Cuál fue/es la medicación?- No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? Si
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: quiste en la mano hace 8 años .
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 1 año.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío Si calor No dulce No masticar No
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? No
Tiene mal sabor en su boca? SI ¿Desde hace cuánto tiempo? 3 años
Tiene mal olor en su boca? SI ¿Desde cuánto tiempo? 3 años
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? 1 año
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? Si, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		000	000	0-20	000	-200	101	102	101	101	00-2	000	000	000	000	
P.S.		323	333	333	322	222	222	222	222	223	323	323	232	232	222	
NI		323	333	353	322	422	121	120	121	122	325	323	232	232	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101	00-2	101	
P.S.		232	333	233	222	222	222	232	232	222	322	333	323	333	333	
NI		131	222	132	222	222	222	232	323	222	322	232	222	335	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	0-30	000	-2-20	-240	
P.S.		323	223	333	232	323	222	222	222	233	323	333	333	323	333	
NI		323	223	333	232	323	222	222	222	233	323	363	333	543	232	
Mov																
Furca														1		
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-20-2	-4-4-4	000	0-30	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-2-2-2	-202	-202	-20-2	000	
P.S.		333	223	333	232	333	232	323	232	323	333	323	344	433	334	
NI		535	667	333	262	335	565	556	565	646	555	525	544	535	573	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 25

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero

Nombre del paciente: Rosario Mercedes C.I 130139867-1
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-17-feb-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: ama de casa Teléfono oficina: no tiene Celular: No
Estado civil: Soltera

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 7 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué? Calcibon, huesos

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis *	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-No
¿Cuál fue/es la medicación? No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? Si
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? hambre
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo?
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío No calor No dulce No masticar No
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? SI ¿Desde hace cuánto tiempo? 2 años
Tiene mal olor en su boca? SI ¿Desde cuánto tiempo? 2 años
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? 8 meses
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? Si, Caries.
Usted usa prótesis? si
Que tipo de prótesis usa? Removible superior.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-2-2-2			-2-2-2										
P.S.			333			232										
NI			555			454										
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-2-2-2			-2-2-2										
P.S.			323			223										
NI			545			445										
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen							-6-60	-2-4-2	-2-3-2	0-20	000	-6-41				
P.S.							322	332	333	322	333	323				
NI							984	564	565	342	333	964				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen							-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-332	-6-61				
P.S.							232	323	232	323	332	323				
NI							565	556	565	646	664	989				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 26

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 24-enero
Nombre del paciente: Francisco Loor C.I 130057770-5
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-17-marzo-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene Celular: No
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué? no

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-No
¿Cuál fue/es la medicación? No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? Si
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? hambre
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? si ¿De que y hace cuanto tiempo: apéndice hace 40 años .
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo?
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío No calor No dulce No masticar No
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? no ¿Desde hace cuánto tiempo? no
Tiene mal olor en su boca? no ¿Desde cuánto tiempo? no
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? 8 meses
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? Si, Caries.
Usted usa prótesis? si
Que tipo de prótesis usa? Removible parcial superior.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		000		000						000		000	022	0-20	0-20	
P.S.		323		333						232		323	323	323	333	
NI		323		333						232		323	301	343	353	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		-323		000						000		000	000	000	000	
P.S.		333		333						323		333	333	333	333	
NI		610		333						323		333	333	333	333	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		221	202		-2-20	000	-6-60	-2-4-2	-2-3-2	0-20	000	-6-41		000	0-20	
P.S.		232	323		323	333	322	332	333	322	333	323		333	323	
NI		011	121		121	333	984	564	565	342	333	964		333	343	
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		000	0-20		0-20	2-2-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-332	-6-61		222	-121	
P.S.		333	323		333	223	232	323	232	323	332	323		333	333	
NI		333	343		353	041	565	556	565	646	664	989		111	454	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 27

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 25-enero

Nombre del paciente: Marcos Zonobrio Saltos C.I 130139838-7
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-10-junio-1947, 66 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Soltera

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 días, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? no
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis *	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? No
¿Cuál fue/es la medicación? No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: no
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo?
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo?
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo?
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen												-6-6-2		-6-6-6		
P.S.												232		233		
NI												894		899		
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen												-6-4-2		-6-4-2		
P.S.												322		322		
NI												964		964		
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

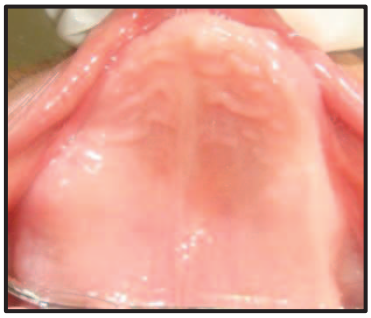

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

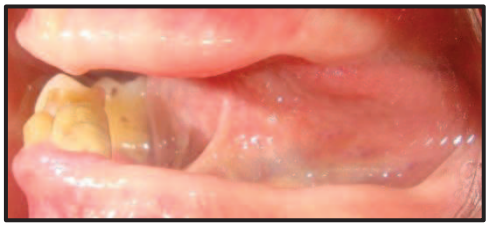

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

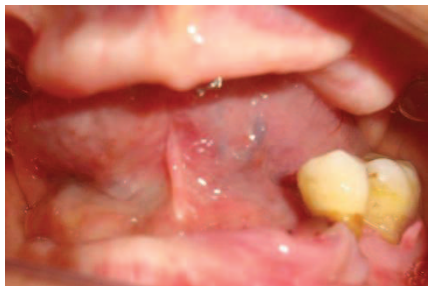

Figura No.1 Vista Frontal

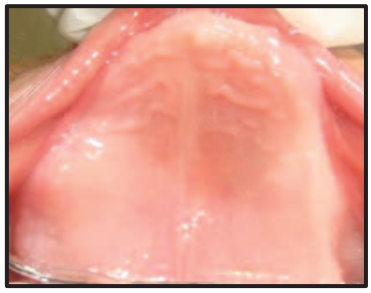

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 28

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 25-enero

Nombre del paciente: Manuel de Jesús C.I 130233260-4
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-19-nov-1948, 67 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: trabaja Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 días, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? no
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis *	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? No
¿Cuál fue/es la medicación? No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: no
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? Si ¿cada cuanto? De repente

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo?
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo?
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Removible parcial superior.

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		000		1-21	1-11						000	1-21			-2-2-2	
P.S.		333		332	323						232	323			323	
NI		333		251	232						232	242			545	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		-1-2-1		000	000						-2-2-2	-1-21			-2-4-2	
P.S.		323		233	232						323	233			323	
NI		444		233	232						545	352			565	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-4-4-2				000	-2-2-2	-2-2-2	-2-20	000	000	-2-42	20-2			
P.S.		323				323	223	323	223	322	232	333	323			
NI		765				323	445	545	443	322	232	353	125			
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-4-4-2				000	000	-2-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000	20-2			
P.S.		323				232	323	223	232	323	332	323	232			
NI		765				232	323	423	565	646	664	323	034			
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

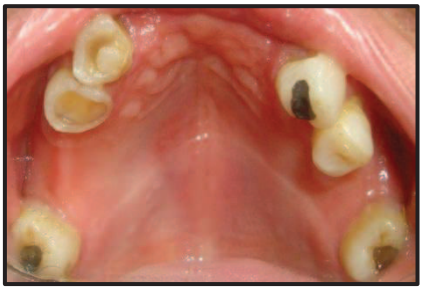

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 29

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 25-enero

Nombre del paciente: Ángela Rosa Zambrano C.I 130562723-2
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-21-dic-1948, 67 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Metildopa para la hipertensión.

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis *	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? si
¿Cuál fue/es la medicación? Calcibon
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: no
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce * masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace meses
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace meses
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20	0-20	0-20	000	-200	111	101	101	111	211	000	-222	000	000	
P.S.		333	323	333	322	222	222	222	222	222	232	323	232	232	222	
NI		353	343	353	322	422	111	121	121	111	325	323	432	232	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101	00-2	101	
P.S.		232	333	233	222	222	222	232	232	222	322	333	323	333	333	
NI		131	222	132	222	222	222	232	323	222	322	232	222	335	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen			000	000	000	000	000	000	000	000	000	0-30	000	-2-20	-240	
P.S.			223	333	232	323	222	222	222	233	323	333	333	323	333	
NI			223	333	232	323	222	222	222	233	323	363	333	543	232	
Mov																
Furca														1		
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen			-4-4-4	000	0-30	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-2-2-2	-202	-202	-20-2	000	
P.S.			223	333	232	333	232	323	232	323	333	323	344	433	334	
NI			667	333	262	335	565	556	565	646	555	525	544	535	573	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 30

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 25-enero

Nombre del paciente: Ramón Antonio C.I 130562723-2
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-21-dic-1948, 67 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: trabajador Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Metildopa para la hipertensión.

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis *	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? si
¿Cuál fue/es la medicación? Calcibon
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: hernia, hace 6 años
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce * masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace meses
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace meses
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20	0-20	0-20	000		111	101	101	111	211	000	-222	-2-3-2	-244	
P.S.		333	323	333	322		222	222	222	222	232	323	232	323	222	
NI		353	343	353	322		111	121	121	111	325	323	432	555	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000		-2-2-2	-2-2-2	0-2-2	-2-2-2	-1-1-1	101	101	00-2	202	
P.S.		232	333	233	222		232	333	223	323	222	333	323	333	344	
NI		131	222	132	222		454	555	245	545	333	232	222	335	142	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-2-2-2	-2-2-2	0-22	000	-2-2-2	-2-2-3	-4-4-4	-4-4-4	-4-4-4	-3-3-3	-222	000	-2-20		
P.S.		323	443	333	232	233	323	233	333	323	333	333	333	323		
NI		545	665	355	232	455	546	677	777	767	666	511	333	543		
Mov																
Furca														3		
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen			-4-4-4	000	0-30	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-2-2-2	-202	-202	-20-2		
P.S.			223	333	232	333	232	323	232	323	333	323	344	433		
NI			667	333	262	335	565	556	565	646	555	525	544	535		
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 31

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 27-enero

Nombre del paciente: María Pastora Calderón C.I 130223566-6
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-4-marzo-1945, 67 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? no
Que medicamento está tomando y por qué?

- Glucofagen para la diabetes.

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: cesaría hace 40 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo? Nunca
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce * masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20		0-20	000	-200	111	000	000	111	211	000	-222		000	
P.S.		333		333	322	222	222	222	222	222	232	323	232		222	
NI		353		353	322	422	111	222	222	111	325	323	432		222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101		101	000	323	000	000	000	000	000	101	101		101	
P.S.		232		233	222	222	222	223	222	222	322	333	323		333	
NI		131		132	222	222	222	223	222	222	322	232	222		232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	000	000	000	000	000	000	000	000	000			
P.S.				333	232	323	222	222	222	233	323	333	323			
NI				333	232	323	222	222	222	233	323	333	323			
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	0-20	00-2	000	-2-3-3	-3-3-3	-2-2-2	-2-2-2	-202	-202			
P.S.				333	232	333	232	323	232	323	333	323	344			
NI				333	252	335	232	556	565	545	555	525	544			
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 32

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 1-feb

Nombre del paciente: María Victoria Chumo C.I 130223566-6
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-6-julio-1943, 69 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? no
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis *	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: cesaría hace 40 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 4 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce * masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20	000	0-20	000	-200	111	000	000	111	211	000	-222	000	000	
P.S.		333	322	333	322	222	222	222	222	222	232	323	232	323	222	
NI		353	322	353	322	422	111	222	222	111	325	323	432	323	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	000	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101	000	101	
P.S.		232	222	233	222	222	222	223	222	222	322	333	323	333	333	
NI		131	222	132	222	222	222	223	222	222	322	232	222	333	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		000		000	000	000	000	000	000	000	000	000	000		000	
P.S.		233		333	232	323	222	222	222	233	323	333	323		333	
NI		233		333	232	323	222	222	222	233	323	333	323		333	
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-1-1-1		000	0-20	00-2	000	-2-3-3	-3-3-3	-2-2-2	-2-2-2	-202	-202		000	
P.S.		223		333	232	333	232	323	232	323	333	323	344		333	
NI		334		333	252	335	232	556	565	545	555	525	544		333	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 33

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 1-feb

Nombre del paciente: Dolores Magdalena Basurto C.I 130321734-1
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-6-mayo-1944, 66 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Viuda

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 mes, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Narfaben para la diabetes

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis *	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: cesaría hace 40 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 6 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor * dulce * masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace meses
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20	000	0-20	000	-200	111	000	000		211	000	-222		000	
P.S.		333	322	333	322	222	222	222	222		232	323	232		222	
NI		353	322	353	322	422	111	222	222		325	323	432		222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	000	101	000	323	000	000	000		000	101	101		101	
P.S.		232	222	233	222	222	222	223	222		322	333	323		333	
NI		131	222	132	222	222	222	223	222		322	232	222		232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		000	-1-1-1	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000		
P.S.		233	323	333	232	323	222	222	222	233	323	333	323	333		
NI		233	434	333	232	323	222	222	222	233	323	333	323	333		
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-1-1-1	-1-1-1	000	0-20	00-2	000	-2-3-3	-3-3-3	-2-2-2	-2-2-2	-202	-202	000		
P.S.		223	333	333	232	333	232	323	232	323	333	323	344	323		
NI		334	444	333	252	335	232	556	565	545	555	525	544	323		
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 34

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 1-feb

Nombre del paciente: Dolores Justina Calderón C.I 130274944-3
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-10-oct-1945, 67 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Glucofagen para la diabetes-metildopa

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta*	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: cesaría hace 30 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace meses
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Prótesis Total superior

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen																
P.S.																
NI																
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	-2-2-2	-2-2-2	-2-20	000	000	-2-42	20-2			
P.S.					323	323	223	323	223	322	232	333	323			
NI					323	323	445	545	443	322	232	353	125			
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-1-1-1	000	000	-2-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000	20-2			
P.S.					223	232	323	223	232	323	332	323	232			
NI					334	232	323	423	565	646	664	323	034			
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 35

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 1-feb

Nombre del paciente: Ramón Alabiadas Ganchoso C.I 130073821-6
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-10-oct-1944, 68 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Comerciante Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Divorciado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Meformina

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? Si
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Prótesis Total superior

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-1-1-1	-1-1-1									000	000	000	
P.S.			323	323									333	222	223	
NI			434	434									333	222	223	
Mov				II												
Furca				2												
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-2-4-2	000									000	000	000	
P.S.			323	333									323	333	323	
NI			565	333									323	333	323	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	-1-1-1	-1-1-1	-2-2-2	000	000	-2-2-2				
P.S.					323	323	223	323	223	322	232	333				
NI					323	323	334	434	445	322	232	555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-1-1-1	000	000	-1-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000				
P.S.					223	232	323	223	232	323	332	323				
NI					334	232	323	423	565	646	664	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 36

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 1-feb

Nombre del paciente: Teresa Calderón Rendón C.I 130070584-3
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-10-abril-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis*	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? Si
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 8 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen				000	000						000	000	000			
P.S.				323	222						222	222	333			
NI				323	222						222	222	333			
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen				000	000						000	-1-1-1	000			
P.S.				333	323						333	222	323			
NI				333	323						333	333	323			
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				-1-1-1	000	000	-1-1-1	-1-1-1	-1-1-1	000	000	-2-2-2				
P.S.				222	323	323	223	323	223	322	232	333				
NI				333	323	323	334	434	334	322	232	555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				-2-2-2	-1-1-1	-3-3-3	-3-3-3	-1-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000				
P.S.				222	223	232	323	223	232	323	332	323				
NI				444	334	565	323	423	565	646	664	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 37

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 2-feb

Nombre del paciente: Sonia Elizabeth Chumo C.I 130231861-1
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-6-mayo, 68 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 5 mes, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? si
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis *	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: cesaría hace 40 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 3 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce * masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace meses
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Superior parcial removible

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20	000	0-20	000	-200	111		000	000	211	000	-222	-1-1-1		
P.S.		333	322	333	322	222	222		222	232	232	323	232	232		
NI		353	322	353	322	422	111		222	232	325	323	432	343		
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	000	101	000	323	000		000	000	000	101	101	000		
P.S.		232	222	233	222	222	222		222	232	322	333	323	222		
NI		131	222	132	222	222	222		222	232	322	232	222	222		
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	000	000	000	000	000	000	000	000	000			
P.S.				333	232	323	222	222	222	233	323	333	323			
NI				333	232	323	222	222	222	233	323	333	323			
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	0-20	00-2	000	-2-3-3	-3-3-3	-2-2-2	-2-2-2	-202	-202			
P.S.				333	232	333	232	323	232	323	333	323	344			
NI				333	252	335	232	556	565	545	555	525	544			
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 38

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 2-feb

Nombre del paciente: Paula Daza Intriago C.I 130317496-3
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-10-dic, 66 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis *	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: accidente en las piernas
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? Si ¿Por qué? Cuando fue operado
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 2 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo?
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Prótesis parcial inferior

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		0-20	000	0-20	000	000	000	000	000	000	211	000	-222	-1-1-1	111	
P.S.		333	322	333	322	222	222	222	222	232	232	323	232	232	222	
NI		353	322	353	322	222	111	222	222	232	325	323	432	343	111	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	000	101	000	000	000	000	000	000	000	101	101	000		
P.S.		232	222	233	222	323	222	232	222	232	322	333	323	222		
NI		131	222	132	222	323	222	232	222	232	322	232	222	222		
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.				333	222	323	222	222	222	233	323	223				
NI				333	222	323	222	222	222	233	323	223				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	000	00-2	000	-2-3-3	-3-3-3	-2-2-2	-2-2-2	000				
P.S.				333	222	333	232	323	232	323	333	223				
NI				333	222	335	232	556	565	545	555	223				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 39

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 2-feb

Nombre del paciente: Eugenio Zambrano Espinoza C.I 130229604-9
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-4-abril-1946, 68 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: Comerciante Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: Soltero

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 3 años, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? no
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis *	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? Hace 6 años
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Prótesis parcial superior removible

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen						-2-2-2					-1-1-1		000	000	000	
P.S.						333					333		333	222	223	
NI						555					444		333	222	223	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen						-2-2-2					-1-1-1		000	000	000	
P.S.						333					222		323	333	323	
NI						555					333		323	333	323	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen						-4-4-4	-1-1-1	-1-1-1	-2-2-2	000	000	-2-2-2				
P.S.						222	223	323	223	322	232	333				
NI						666	334	434	445	322	232	555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen						000	000	-1-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000				
P.S.						232	323	223	232	323	332	323				
NI						232	323	423	565	646	664	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 40

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 3-feb

Nombre del paciente: Mariana Concepción Meza C.I 130237405-1
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-9-enero-1946, 66 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: modista Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 año, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- No se acuerda

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón *	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: Quiste en el útero hace 20 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo? No
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace tiempo
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace tiempo
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? si ¿Desde hace cuanto tiempo? Hace tiempo
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-1-1-1				000	000	000		-1-1-1			000	000	
P.S.			233				222	223	222		333			222	223	
NI			344				222	223	222		444			222	223	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-2-2-2				000	000	000		-1-1-1			000	000	
P.S.			333				222	222	222		222			333	323	
NI			555				222	222	222		333			333	323	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-1-1-1	000	-1-1-1	-1-1-1	000	000	000	-2-2-2				
P.S.					222	222	223	323	223	322	232	333				
NI					333	222	334	434	223	322	232	555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-2-2-2	000	000	-1-1-1	-3-3-3	-3-2-3	-33-2	000				
P.S.					222	232	323	223	232	323	332	323				
NI					444	232	323	423	565	646	664	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 41

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 3-feb

Nombre del paciente: Julio Ricardo Santana C.I 090741267-0
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-9-febrero, 67 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: soltero

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 año, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- Epamin para la epilepsia

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia *	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón *	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: Quiste en el útero hace 20 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo? No
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace tiempo
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace tiempo
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? si ¿Desde hace cuanto tiempo? Hace tiempo
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Superior parcial removible

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-1-1-1				000							000	000	
P.S.			233				222							222	223	
NI			344				222							222	223	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen			-2-2-2				000							000	000	
P.S.			333				222							333	323	
NI			555				222							333	323	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-1-1-1	000	-1-1-1	-1-1-1	000	000		-2-2-2				
P.S.					222	222	223	323	223	322		333				
NI					333	222	334	434	223	322		555				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					-2-2-2	000	000	-1-1-1	-3-3-3	-3-2-3		000				
P.S.					222	232	323	223	232	323		323				
NI					444	232	323	423	565	646		323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 42

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 3-feb

Nombre del paciente: José Gabriel Carbajo C.I 091139316-2
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-9-enero-1946, 66 años
Domicilio: guayaquil Teléfono: no tiene
Ocupación: mensajero Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: soltero

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 año, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- glucofagen

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: Quiste en el útero hace 20 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo? No
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace tiempo
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace tiempo
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? no
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Superior parcial removible

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen					000	000	000				-1-1-1	000				
P.S.					222	323	222				333	223				
NI					222	323	222				444	223				
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen					000	000	000				-1-1-1	000				
P.S.					222	233	222				222	333				
NI					222	233	222				333	333				
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.					222	222	223	323	223	322	232	333				
NI					222	222	223	323	223	322	232	333				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.					222	232	323	223	232	323	332	323				
NI					222	232	323	223	232	323	332	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 43

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 3-feb

Nombre del paciente: Aracely Medina C.I 091139316-2
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-9-abril, 66 años
Domicilio: Guayaquil Teléfono: no tiene
Ocupación: ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: unión libre

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 mes, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? no ¿De que y hace cuanto tiempo: No.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? No ¿Hace cuanto tiempo? No
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? no
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Superior parcial removible

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		000			000	000					000					
P.S.		232			222	323					222					
NI		232			222	323					222					
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		000			000	000					000					
P.S.		323			222	233					222					
NI		323			222	233					222					
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.					222	222	223	323	223	322	232	333				
NI					222	222	223	323	223	322	232	333				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.					222	232	323	223	232	323	332	323				
NI					222	232	323	223	232	323	332	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis leve

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 44

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 3-feb

Nombre del paciente: Marlene Coronel Valverde C.I 0900574094-0
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-22-enero, 67 años
Domicilio: Guayaquil Teléfono: no tiene
Ocupación: ama de casa Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: soltera

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 mes, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- glucofagen

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta*	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? Si ¿De que y hace cuanto tiempo: Quiste en el útero hace 20 años.
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? hace mucho
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace tiempo
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace tiempo
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? Si ¿Desde hace cuanto tiempo? hace tiempo
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? Si
Que tipo de prótesis usa? Superior parcial removible

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		000									-1-1-1			-1-1-1		
P.S.		333									333			222		
NI		333									444			333		
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		000									-1-1-1			000		
P.S.		232									222			333		
NI		232									333			333		
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.					222	222	223	323	223	322	232	333				
NI					222	222	223	323	223	322	232	333				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.					222	232	323	223	232	323	332	323				
NI					222	232	323	223	232	323	332	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 45

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 4-feb

Nombre del paciente: Ángela García C.I 092082837-1
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-28-abril-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: Divorciada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? SI
Que medicamento está tomando y por qué?

- Glucofagen para el tratamiento

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-No
¿Cuál fue/es la medicación?- No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? N0 ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? Sed desesperada
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? No, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? NO ¿Dónde? NO
¿Ha recibido radio o quimioterapia? NO
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? NO ¿Cuánto diariamente? NO ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? NO ¿cada cuanto? NO

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 1 año.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? NO
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si, amargo ¿Desde hace cuánto tiempo? 3 años
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? 3 años
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen	212	202	111	111	101	0-20	101	102	101	101	00-2	000	000	000	000	
P.S.	323	323	323	323	323	323	222	222	222	223	323	323	232	434	222	
NI	111	121	212	211	222	343	121	120	121	122	325	323	232	434	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen	101	101	111	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101	-2-2-2	101	
P.S.	223	232	333	233	222	222	222	232	232	222	322	333	323	444	333	
NI	122	131	222	132	222	222	222	232	323	222	322	232	222	666	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen	000	000	-4-4-4	000	0-30	000	-2-2-2	22-3	2-6-3	-2-2-1	000	0-30	000	-5-6-8	000	000
P.S.	323	323	223	333	232	323	222	222	232	233	323	333	333	332	444	434
NI	323	323	667	333	262	323	440	045	495	454	323	363	333	8910	444	434
Mov																
Furca		2												1		
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen	-202	-20-2	-4-4-4	000	0-30	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	-3-2-3	-2-2-2	-202	-202	-20-2	000	-202
P.S.	333	333	223	333	232	333	232	323	232	323	333	323	344	433	434	343
NI	535	535	667	333	262	335	565	556	565	646	555	525	544	535	434	545
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 46

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 4-feb

Nombre del paciente: Lidia Macías C.I 092082837-1
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-28-marzo-1946, 65 años
Domicilio: Manabí Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: casada

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis?-No
¿Cuál fue/es la medicación?- No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? N0 ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? No, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? NO ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? NO
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? NO ¿cada cuanto? NO

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 1 año.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		202	111	111	101	0-20	101	102	101	101	00-2	000	000	000	000	
P.S.		323	323	323	323	323	222	222	222	223	323	323	232	434	222	
NI		121	212	211	222	343	121	120	121	122	325	323	232	434	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101	-2-2-2	101	
P.S.		232	333	233	222	222	222	232	232	222	322	333	323	444	333	
NI		131	222	132	222	222	222	232	323	222	322	232	222	666	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		000	000	000	0-30	000	-2-2-2	22-3	000	-2-2-1	000	0-30	000	000	000	
P.S.		323	223	333	232	323	222	222	232	233	323	333	333	332	222	
NI		323	233	333	262	323	440	045	232	454	323	363	333	332	222	
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen		-20-2	000	000	000	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	000	-2-2-2	-202	-202	000	000	
P.S.		333	223	333	232	333	232	323	232	232	333	323	344	222	222	
NI		535	223	333	232	335	565	556	565	232	555	525	544	222	222	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Leve

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 47

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 3-feb

Nombre del paciente: Fausto Moran C.I 090498881-3
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-12-enero, 67 años
Domicilio: Guayaquil Teléfono: no tiene
Ocupación: comerciante Teléfono oficina: no tiene
Estado civil: casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular Si Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 1 mes, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- glucofagen

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes *	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? no
¿Cuál fue/es la medicación? no
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? No ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No ¿De que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? No ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? Si ¿Hace cuanto tiempo? hace mucho
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? Si ¿Desde hace cuánto tiempo? Hace tiempo
Tiene mal olor en su boca? Si ¿Desde cuánto tiempo? Hace tiempo
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? No
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? No
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen					000	000		-3-3-3	-3-3-3		-1-1-1	-2-2-2				
P.S.					323	333		333	333		333	222				
NI					323	333		666	666		444	444				
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen					000	000		-2-2-2	-2-2-2		-1-1-1	-2-2-2				
P.S.					232	232		222	222		222	222				
NI					232	232		444	444		333	444				
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.					222	222	223	323	223	322	232	333				
NI					222	222	223	323	223	322	232	333				
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen					000	000	000	000	000	000	000	000				
P.S.					222	232	323	223	232	323	332	323				
NI					222	232	323	223	232	323	332	323				
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Grave

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 48

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 4-feb

Nombre del paciente: Maritza Hortensia García C.I 090266385-5
Fecha y lugar de nacimiento: Manabi-28-marzo-36, 75 años
Domicilio: Guayaquil Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: Soltera

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis *	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? Si
¿Cuál fue/es la medicación? Calcibon
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? N0 ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? Si
¿Lo han operado alguna vez? No, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? NO ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 1 año.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		202	111	111	101	0-20	101	102	101	101	00-2	000	000	000	000	
P.S.		323	323	323	323	323	222	222	222	223	323	323	232	434	222	
NI		121	212	211	222	343	121	120	121	122	325	323	232	434	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101	-2-2-2	101	
P.S.		232	333	233	222	222	222	232	232	222	322	333	323	444	333	
NI		131	222	132	222	222	222	232	323	222	322	232	222	666	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen	111			000	0-30	000	-2-2-2	22-3	000	-2-2-1	000	0-30	000		000	
P.S.	232			333	232	323	222	222	232	233	323	333	333		222	
NI	121			333	262	323	440	045	232	454	323	363	333		222	
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen	000			000	000	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	000	-2-2-2	-202	-202		000	
P.S.	333			333	232	333	232	323	232	232	333	323	344		222	
NI	333			333	232	335	565	556	565	232	555	525	544		222	
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 49

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 4-feb

Nombre del paciente: Josefa Aracely Pincay C.I 091392467-6
Fecha y lugar de nacimiento: 1-marzo, 65 años
Domicilio: Guayaquil Teléfono: no tiene
Ocupación: casa Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: Viuda

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? No
Que medicamento está tomando y por qué?

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis*	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? No
¿Cuál fue/es la medicación? No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? N0 ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? NO ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 1 año.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		202	111	111	101	0-20	101	102	101	101	00-2	000	000	000	000	
P.S.		323	323	323	323	323	222	222	222	223	323	323	232	434	222	
NI		121	212	211	222	343	121	120	121	122	325	323	232	434	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101	-2-2-2	101	
P.S.		232	333	233	222	222	222	232	232	222	322	333	323	444	333	
NI		131	222	132	222	222	222	232	323	222	322	232	222	666	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	0-30	000	-2-2-2	22-3	000	-2-2-1	000	0-30	000			
P.S.				333	232	323	222	222	232	233	323	333	333			
NI				333	262	323	440	045	232	454	323	363	333			
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	000	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	000	-2-2-2	-202	-202			
P.S.				333	232	333	232	323	232	232	333	323	344			
NI				333	232	335	565	556	565	232	555	525	544			
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

FICHA CLÍNICA # 50

DATOS DEL PACIENTE

Fecha: 4-feb

Nombre del paciente: León Rendón Ulises C.I 0906418555-3
Fecha y lugar de nacimiento: 1-marzo, 65 años
Domicilio: Guayaquil Teléfono: no tiene
Ocupación: profesor Teléfono oficina: no tiene Celular: no tiene
Estado civil: Casado

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Cómo describe su salud general?: Buena Regular SI Mala
¿Cuándo lo examino un medico la ultima vez y porque? Hace 2 meses, chequeo medico
Está bajo tratamiento medico? Si
Que medicamento está tomando y por qué?

- propranolol

Seleccionar la enfermedad que padezca o haya padecido:

Hemofilia	Anemia	Del Pulmón
Diabetes	Leucemia	Desmayos frecuentes
Fiebre reumática	Epilepsia	De la Tiroides
Hepatitis	Artritis	Enfermedades Venéreas
Enfermedades del corazón	Gastritis	Del Riñón
Presión alta *	Úlcera	Del Hígado
Presión baja	Asma	Lesiones Cerebrales
Problemas emocionales	Osteopenia/osteoporosis	De la Sangre

Otras: Ninguna
¿Tiene Marcapaso? No
¿Está o estuvo bajo tratamiento por osteopenia u osteoporosis? No
¿Cuál fue/es la medicación? No
Toma aspirina diariamente o algún otro anticoagulante? No ¿Cuál? No
¿Es alérgico? N0 ¿A que? No
¿Sangra mucho tiempo cuando se corta? No
¿Ha tenido alguna mala experiencia con anestésicos? No
¿Padece hambre o sed desesperada? No
¿Orina con mucha frecuencia? No
¿Lo han operado alguna vez? No, Si la respuesta es si: de que y hace cuanto tiempo: No
¿Ha tenido tumores? No ¿Dónde? No
¿Ha recibido radio o quimioterapia? No
¿Toma anticonceptivos? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
¿Está en la menopausia? No
¿Está bajo tratamiento hormonal? No ¿Por qué? No
Nombre del medicamento y tiempo de tratamiento: No
¿Alguna vez ha recibido sangre? No ¿Por qué? No
¿Cuánto y desde cuanto tiempo ha recibido sangre? No
¿Fuma Ud.? NO ¿Cuánto diariamente? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Ingiere bebidas alcohólicas con frecuencia? No ¿cada cuanto? No

HISTORIA DENTAL

Ha recibido tratamiento periodontal anteriormente? SI ¿Hace cuanto tiempo? Hace 1 año.
Algún otro miembro de su familia ha tenido problemas en sus encías? No
Tiene ahora dolor en su boca? No
Están sensibles sus dientes al: frío * calor dulce masticar
Ha notado su encía hinchada? No
Sangran sus encías al cepillarse? Si
Tiene mal sabor en su boca? No ¿Desde hace cuánto tiempo? No
Tiene mal olor en su boca? No ¿Desde cuánto tiempo? No
Se cepilla los dientes: 1 vez al día ( ) 2 veces al día (*) 3 veces al día ( )
Técnica de cepillado: vertical ( ) horizontal ( ) mixta (*)
Emplea algún otro elemento para su higiene bucal? NO
Ha recibido instrucción profesional sobre el uso adecuado del cepillo/s dentales e hilo dental? NO
Hace cuanto tiempo? No
Utiliza enjuague bucal? No ¿cuál? No
Tiene o tuvo algunos de los siguientes hábitos?
Chuparse el dedo Usar cupón
Morderse las uñas Morderse el labio
Respirar por la boca Sostener objetos entre los dientes
Otros hábitos: cuál? NINGUNO
Siente comezón en su encía? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
Tiene resequedad bucal? No ¿Desde hace cuanto tiempo? No
En caso de dientes ausentes, por que perdió esos dientes y desde hace cuanto tiempo? SI, Caries.
Usted usa prótesis? No
Que tipo de prótesis usa? No

Periodontograma

Vestibular	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		202	111	111	101	0-20	101	102	101	101	00-2	000	000	000	000	
P.S.		323	323	323	323	323	222	222	222	223	323	323	232	434	222	
NI		121	212	211	222	343	121	120	121	122	325	323	232	434	222	
Mov																
Furca																
Palatino	**18**	**17**	**16**	**15**	**14**	**13**	**12**	**11**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**
Margen		101	111	101	000	323	000	000	000	000	000	101	101	-2-2-2	101	
P.S.		232	333	233	222	222	222	232	232	222	322	333	323	444	333	
NI		131	222	132	222	222	222	232	323	222	322	232	222	666	232	
Mov																
Furca																
Vestibular	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	0-30	000	-2-2-2	22-3	000	-2-2-1	000	0-30	000			
P.S.				333	232	323	222	222	232	233	323	333	333			
NI				333	262	323	440	045	232	454	323	363	333			
Mov																
Furca																
Lingual	**48**	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**
Margen				000	000	00-2	-3-3-3	-2-3-3	-3-3-3	000	-2-2-2	-202	-202			
P.S.				333	232	333	232	323	232	232	333	323	344			
NI				333	232	335	565	556	565	232	555	525	544			
Mov																
Furca																

Dx: Periodontitis Moderada

ANTES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda

DESPUES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Figura No.1 Vista Frontal

Figura No. 2 Vista Oclusal Superior

Figura No. 3 Vista Oclusal Inferior

Figura No. 4 Vista Lateral Derecha

Figura No.5 Vista lateral Izquierda